**DEMANDE D’INSCRIPTION A DES COURS ISOLÉS1**

**Année académique 2019-2020**

**à valider auprès du Conseil des études puis de l’Apparitorat de la Faculté**

****

**FACULTÉ DE MÉDECINE**

**Apparitorat**

Nom et Prénom :

Date et lieu de naissance :

Adresse complète :……………………………………………………………………………………………………….................................

email :

GSM :……………………………………………………Matricule :………………………………………………………………………………Année académique :

Souhaite s’inscrire en qualité d’élève libre aux unités d’enseignement reprises dans le tableau ci-dessous :

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Code du cours** | **Intitulé de l’unité d’enseignement** | **Crédits** | **Titulaire** | **Signature** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Le nombre de crédits associés à ces unités d’enseignement ne peut être supérieur à 20 par année académique.

Le paiement des droits d’inscription s’effectue uniquement par carte bancaire le jour de l’inscription (de 1 à 10 crédits : 145,00€ ; 13,00€ par crédit supplémentaire).

**Signature de l’étudiant Signature du Président du Conseil des études Date1 et signature du Doyen**

**ou de son délégué**