



UNIVERSITÉ DE NANTES  
FACULTÉ DE MÉDECINE

# DEMANDE AUTORISATION D'INSCRIPTION DÉFINITIVE

## DIPLÔME d'ÉTUDES SPÉCIALISÉES de MÉDECINE

N° Etudiant : .....

NOM de naissance : ..... Prénom : .....

Issu(e) de la promotion : .....

Sollicite l'autorisation de s'inscrire définitivement, au DES de

Signature de l'Etudiant

### SEMESTRE SPÉCIFIQUE À CE D.E.S. DÉJÀ ACCOMPLI

Du : ..... au : .....

Etablissement : .....

Service : .....

Chef de service : .....

### AVIS DES COORDONNATEURS

---

#### 1. Coordonnateur Local du DES Subdivision de Nantes

#### 2. Coordonnateur Interrégional du DES Interrégion Ouest

Avis Favorable

Avis Défavorable

Avis Favorable

Avis Défavorable

(tampon et signature)

(tampon et signature)

Date : .....

Date : .....