



UNIVERSITÉ DE NANTES  
FACULTÉ DE MÉDECINE

# DEMANDE AUTORISATION D'INSCRIPTION

DIPLÔME D'ÉTUDES SPÉCIALISÉES COMPLÉMENTAIRES  
- GROUPE II -

N° Etudiant : \_\_\_\_\_

NOM de naissance : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Email étudiant : \_\_\_\_\_ Mobile : \_\_\_\_\_

En DES de : \_\_\_\_\_

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

Signature de l'Etudiant

pour l'année universitaire

## SEMESTRE SPÉCIFIQUE À LA FORMATION DÉJÀ ACCOMPLI

Du : \_\_\_\_\_ au : \_\_\_\_\_

Etablissement : \_\_\_\_\_

Service : \_\_\_\_\_

Chef de service : \_\_\_\_\_

## AVIS DES COORDONNATEURS

---

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

Avis Favorable

Avis Défavorable

(tampon et signature)

Date : \_\_\_\_\_

### 2. Coordonnateur Interrégional du DESC Interrégion Ouest

Avis Favorable

Avis Défavorable

(tampon et signature)

Date : \_\_\_\_\_