



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

2. Coordonnateur Interrégional du DESC Interrégion Ouest

Avis Favorable

Avis Défavorable

Avis Favorable

Avis Défavorable

(tampon et signature)

(tampon et signature)

Date : _____

Date : _____