

Changement de formation au sein de la Faculté de Médecine (1BA)

 A remplir par l'étudiant.e 

N° immatriculation (n° indiqué sur la carte étudiant.e):.....

Nom :.....

Prénom :.....

Nom de jeune fille :.....

Nationalité :.....

Adresse :.....

NPA et localité :.....

Téléphone :.....

Formation actuelle :

Formation visée :

Dès le semestre :.....

Motif du changement :

Date de la demande

Signature du/de la demandeur.euse

 A remplir par la Faculté 

Décision de la Faculté :

Accepté

Refusé

Date

Signature de la faculté