



Formulaire de demande de transfert au titre de la rentrée universitaire 20.... -20....

Je soussigné(e)

Nom : Prénom :

né(e) le/...../..... à (ville et département) :

Inscrit (e) actuellement en DFGSM2 DFGSM3 DFASM1 DFASM2

A l'UFR de Médecine de

(adresse postale complète de l'UFR d'origine) :

.....

Sollicite un transfert en DFGSM3 DFASM1 DFASM2 DFASM3

Vers l'UFR de Médecine Montpellier-Nîmes, à compter de l'année universitaire 20.....-20.....

J'ai bien noté que mon transfert est soumis notamment à des compatibilités pédagogiques entre les programmes des deux UFR, qu'il ne pourra s'effectuer que sur avis favorable de mon UFR d'origine, de la commission des transferts de l'UFR Médecine Montpellier-Nîmes et à condition d'avoir obtenu la totalité des examens de la présente année d'étude à la première session.

Je m'engage à vous adresser ces résultats dès publication, ainsi que tous les documents demandés le service de scolarité de l'UFR Médecine de Montpellier-Nîmes.

A _____, le ____/____/20....

Signature de l'étudiant(e) :