UFR DE MEDECINE
51 rue Cognacq Jay
51095 REIMS Cedex
☎ 03.26.91.35.06
☎ 03.26.91.35.48

SEMESTRE
De ..... 20..
A ..... 20..

NOM : …… ……. **Prénom** :……
(Nom de jeune fille suivi du nom d'épouse)

Mail : ……@…….. Tél. : /__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/

DES : ……..

Nombre de semestres validés : /__/__/

EFFECTUEREZ-VOUS LE SEMESTRE COMPLET : OUI ❑ NON ❑

SI **NON**, motif :

- Congé de maternité ❑ Dates :…….. ***Joindre le certificat de grossesse***
- Surnombre ❑ Validant ❑ Non validant ❑ Dates ……..…….. ***Joindre la demande***
- Disponibilité ❑ Dates :…….. ***Joindre le document de la Direction des Affaires Médicales***
- Année-recherche ❑ ***Joindre la notification***
- Stage hors subdivision ou DOM TOM ❑ ***Joindre la notification***
- Autres cas ❑ Précisez :……

CHOIX HORS FILIERE ET DROIT AU REMORDS

- **Hors filière** ❑ **(joindre les accords nécessaires)**
  SERVICE : …… CH : …….. Chef de Service : ……..

- **Droit au remords** ❑ **(joindre les documents nécessaires)**
  Discipline : ……

- **Changement de Spécialité** ❑ **(joindre les documents nécessaires)**
  Spécialité : ……

Toutes ces informations doivent parvenir à la scolarité du 3ème cycle de l'UFR de Médecine pour le 1er septembre, dernier délai, pour le semestre de novembre à mai et pour le 1er février, dernier délai, pour le semestre de mai à novembre, afin que nous puissions préparer l'adéquation et le choix dans les meilleures conditions possibles.

Fait à……., le

Signature :