

UFR SANTÉ
Service de la scolarité de la Faculté des Sciences Pharmaceutiques
PFRS - 2 rue des Rochambelles - CS 14032
14032 CAEN Cedex 05
02 31 56 60 02

DEMANDE DE TRANSFERT DE DOSSIER

DEPART

ARRIVEE

Je soussigné(e),

N° Etudiant.e N°INE

Nom Prénom

Né(e) le ___ / ___ / _____ à

Demeurant à

Code Postal : Ville :

N° de tel : Adresse électronique :

Inscrit(e) à la Faculté de

Pour l'année universitaire _____ / _____ en :

1^{er} cycle 2^{ème} cycle : précisez l'année :

Sollicite le/la Doyen.ne pour le transfert de mon dossier de l'Université de

Pour une inscription à l'Université de

En (indiquer le nom de la formation choisie) :

Pour les raisons suivantes :

Fait à, le ___ / ___ / _____

Signature :

Avis de l'Université de départ

- Avis favorable
 Avis défavorable

Motif du refus :

Le/la Doyen.ne

Fait à, le ___ / ___ / _____

Signature et tampon :

Avis de l'Université d'accueil

- Avis favorable
 Avis défavorable

Motif du refus :

Le/la Doyen.ne

Fait à, le ___ / ___ / _____

Signature et tampon :