

# AUTORISATION D'INSCRIPTION 2007/2008 DIPLÔME UNIVERSITAIRE - D.U. - D.I.U.

SOUS RÉSERVE DE LA CONFORMITÉ DU DOSSIER ADMINISTRATIF D'INSCRIPTION

Autorisation d'inscription délivrée à M., Mme. :

.....

pour le D.U. / D.I.U. intitulé :

.....

par le Professeur : .....

UFR de MÉDECINE

## Site BICHAT

Bureau de la scolarité  
16, rue Henri Huchard  
F - 75018 Paris  
tel : 01 44 85 60 60  
fax : 01 44 85 61 12

## Site VILLEMIN

Bureau de la scolarité  
10, Avenue de Verdun  
F - 75010 Paris  
Tel : 01 44 89 77 09  
01 44 89 78 35  
01 44 89 78 42  
Fax : 01 44 89 77 00

## MODE D'INSCRIPTION - cocher la case correspondante :

- Formation INITIALE :  
Chef de clinique, AHU, médecins ou professionnels de la santé diplômés depuis moins de 3 ans
- Formation continue INDIVIDUELLE :  
Médecins ou professionnels de la santé diplômés depuis plus de 3 ans
- Formation continue EMPLOYEUR :  
Salarié bénéficiant d'une prise en charge des frais de formation

**LA DEMANDE DU DOSSIER D'INSCRIPTION EST A EFFECTUER  
PAR COURRIER AUPRÈS DU BUREAU DE LA SCOLARITÉ DU SITE  
VILLEMIN : 10, avenue de Verdun 75010 Paris**

**EN ENVOYANT LA PHOTOCOPIE DE CETTE AUTORISATION  
AINSI Q'UNE ENVELOPPE 23X32 AFFRANCHIE À 1€30  
LIBELLÉE À VOS NOM ET ADRESSE**

**UN DOSSIER CORRESPONDANT AU MODE D'INSCRIPTION SÉLECTIONNÉ  
VOUS SERA ENVOYÉ PAR RETOUR DE COURRIER**

**LE RETOUR DE VOTRE DOSSIER D'INSCRIPTION COMPLET  
AU SERVICE SCOLARITÉ AVANT LE 22 OCTOBRE 07 DÉLAI DE RIGUEUR  
EST IMPÉRATIF - TOUT DOSSIER INCOMPLET VOUS SERA RENVOYÉ**

SIGNATURE DU STAGIAIRE :

SIGNATURE DU RESPONSABLE

DATE :

& CACHET DU SERVICE HOSPITALIER

DATE :