

PHARMACIE

Notice de Renseignements en vue de l'inscription au

D.U : Pharmacien Orthésiste

→ **NOM PATRONYMIQUE** : Nom usuel (marital) :

Prénom :

Date de naissance :

→ **Adresse** : personnelle professionnelle

Adresse :

Code postal: Commune :

Téléphone fixe : Téléphone portable :

→ **E-MAIL (en majuscule.SVP)** :

(obligatoire pour l'envoi du dossier d'inscription et des convocations examens)

→ Etes-vous déjà inscrit(e) à l'Université de Rennes I cette année universitaire ? non oui

→ Si oui dans quel diplôme.....

→ Etes-vous inscrit dans un autre établissement cette année universitaire ? non oui

→ si oui joindre une copie de la carte étudiant

→ **Type de formation** :

→ **Formation Initiale** (Etudiants en 3^e cycle seulement)

→ **Formation Continue Individuelle** (Salariés ou libéraux)

→ **Formation Continue conventionnée** (avec prise en charge financière par un organisme)

→ Cocher la case correspondant à votre situation

Année d'obtention du diplôme de Pharmacien : à l'Université de :

N° d'inscription à l'ordre :

Autre diplôme acquis ou autre spécialité exercée :

Pièces à joindre : Photocopies des diplômes

DOCUMENT à RETOURNER AVANT LE 1^{ER} SEPTEMBRE 2017 :

Faculté de Pharmacie de Rennes 1

Bureau du Doyen

CS 34317

2 avenue du Professeur Léon Bernard

35043 RENNES CEDEX

Après réception de ce document

Un dossier d'inscription vous sera transmis par e-mail par le Service Scolarité