

PHARMACIE

## Notice de Renseignements en vue de l'inscription au D.U : **AROMATHERAPIE : connaissance des Huiles Essentielles et applications**

➔ **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<sup>e</sup> 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 : ..... à l'Université de : .....

Titre du diplôme : .....

N° d'inscription à l'ordre : .....

Autre diplôme acquis ou autre spécialité exercée : .....

**Pièces à joindre** : Photocopies des diplômes

**DOCUMENT à RETOURNER AVANT LE 31 Août 2017 :**

Faculté de Pharmacie de Rennes 1

Secrétariat «Ingénierie en Nutraceutique »

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**