



UNIVERSITE DE POITIERS

Faculté de Médecine et de
Pharmacie



DEMANDE DE HORS FILIERE

NOM :

PRENOM :

Nom d'épouse :

DATE ET LIEU DE NAISSANCE :

ADRESSE PERSONNELLE :

CODE POSTAL:

VILLE :

TEL :

- D.E.S. d'origine :

- Discipline :

- Service d'accueil :

Responsable du service :

- Semestre de : Novembre à Mai

Mai à Novembre

- Nombre de semestres validés :

Coordonnateur Local spécialité d'origine Date :	Coordonnateur Local spécialité d'accueil Date :	Président des internes Date :	Le Doyen, Date : Pr. Pascal ROBLOT
---	---	--------------------------------------	--