Université de Bordeaux

DES de Médecine générale

Semestre du / / au / /

Identité

Civilité
Nom
Prénom
Situation de famille

Date et lieu de naissance

Date de naissance

Né(e) en France ? Indiquez la commune

Lieu de résidence et contact

Adresse
Vous vivez en France ? Indiquez le code postal
Téléphone 1
Email

Faculté ou Subdivision d'origine

Etablissement

Cursus universitaire

DES ECN : Année
DES ECN : Rang
DES : Nombre de semestre

DESG département

DESG : Voeux (Département)

Commentaire

Le dossier est à renvoyer impérativement avant le

à : Département Dom-Tom adresse numérique : hsdomtom@u-bordeaux.fr

Téléphone : 05 57 57 10 29

Le candidat certifie exacts les renseignements portés sur ce document

Le :

A :

Signature :