SÉLECTION 2023 - AS

CONFIRMATION D'INSCRIPTION

Je, soussigné(e) :

NOM DE NAISSANCE : ..... NOM D'USAGE : .....

Prénom(s) : ..... Autres prénoms : .....

Date de naissance : ..... Ville de Naissance : .....

Adresse postale :

.....

.....

Code postal : ..... Ville : .....

Merci de cocher votre choix :

☐ Je **confirme** mon inscription.

En cursus **COMPLET** ☐ ou **PARTIEL** ☐

OU

☐ Je **renonce** à mon inscription

Motif du désistement : .....

Fait à ....., le .....

Signature :

A RETOUNER POUR LE 30/06/2023 MINUIT, dernier délai.

Courrier en recommandé avec avis de réception à l'adresse suivante :

Campus des Métiers de la Santé.
20 rue de Busnes Bat 9/10
62350 SAINT VENANT