



**Université de la Méditerranée
Aix Marseille II
Faculté de Médecine**



SCOLARITE Bureau de Médecine Générale et Spécialisée 27, Boulevard Jean Moulin 13385 Marseille cedex 05 Tél. : 04.91.32.43.24 - 04.91.32.43.27 - Fax : 04.91.32.45.36	Ouverture au Public : Lundi, Mardi, Jeudi : de 9h00 à 12h00 et de 13h30 à 16h00 Mercredi : de 9h00 à 12h00 Vendredi : de 10h00 à 12h00 et de 13h30 à 16h00
Fiche d'Autorisation d'inscription au D.E.S.C - Année Universitaire 2005/2006	

Préciser :

1ère année de D.E.S.C groupe 1 ou Biologie	<input type="checkbox"/>	1ère année D.E.S.C groupe 2	<input type="checkbox"/>
2ème année de D.E.S.C groupe 1 ou Biologie	<input type="checkbox"/>	2ème année D.E.S.C groupe 2	<input type="checkbox"/>
		3ème année D.E.S.C groupe 2	<input type="checkbox"/>

D.E.S.C. de :

Nom : Nom marital :

Prénom : Date de naissance :

Adresse personnelle :

N° d'I.N.E. : Téléphone :

D.E.S. : Obtenu le :

Partie réservée au Coordonnateur Interrégional du D.E.S.C

Je soussigné, Professeur, autorise M....., à prendre une inscription en D.E.S.C. année et atteste, sur présentation par l'intéressé d'un relevé établi par l'Assistance Publique, que les semestres ci-dessous effectués au cours du D.E.S. peuvent être pris en compte pour le D.E.S.C.

		Période	Service/Professeur
D.E.S.C groupe 1 (2 semestres)	Semestre 1		
	Semestre 2		
	Semestre 3		
	Semestre 4		
			D.E.S.C groupe 2 (4 semestres)

▣ Pour une inscription en dernière année de D.E.S.C :

Fonctions hospitalières pour l'année 2005/2006 :		
	(sur présentation d'un justificatif de nomination)	
Service du Professeur :	Hôpital :	

Date, cachet et signature du Coordonnateur :