FACULTÉ DE MÉDECINE DE MARSEILLE
UNIVERSITÉ DE LA MÉDITERRANÉE AIX-MARSEILLE II

AUTORISATION D'INSCRIPTION EN MASTER 1ERE ANNEE

Année Universitaire 2011/2012

Je, soussigné(e), ……, Responsable de l'enseignement du Master……

autorise M. ……

(nom et prénom)

à s'inscrire en 1ère année du Master :

……

…… ……

Il/elle suivra les unités d'enseignement ci-après : **FILIERE :** SCIENCES ☐ SANTE ☐

MODULES OBLIGATOIRES	MODULES OPTIONNELS

Nom du Responsable du Master, date, signature et cachet :

Cet imprimé, dûment complété, daté et signé, devra impérativement être joint au dossier d'inscription que vous devez remettre au Service de la Scolarité administrative. Sans lui, votre inscription sera irrecevable.