

FORMULAIRE DEMANDE DE CHANGEMENT D'AFFECTATION DFASM1 PAR DEROGATION

Ce document est à utiliser à la suite des choix d'affectation en DFASM1

Le document dûment complété est à transmettre au service de la scolarité : Au bureau
DFGSM ou par mail sante-dfgsma@univ-reunion.fr

Identité de l'étudiant-e		
Numéro étudiant-e : Nom : Prénom : Date de naissance :/...../.....	Adresse postale : Téléphone : Mel personnel :	
Demande de changement d'affectation DFASM1		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Choix d'affectation obtenu : ▪ Faculté souhaitée pour un changement d'affectation : ▪ <u>Contact administratif de la faculté souhaitée</u> : ▪ Nom et Prénom : ▪ Adresse mel : ▪ Téléphone : <p style="margin-top: 20px;">Fait à, le</p>		
Signature de l'étudiant-e		
1 - FACULTE D'AFFECTATION Avis du Doyen	2 - FACULTE SOUHAITEE Avis du Doyen	3 - UFR SANTE de La Réunion Visa de la Doyenne
<input type="checkbox"/> Favorable <input type="checkbox"/> Défavorable Fait à, le Signature du Doyen de la faculté d'affectation	<input type="checkbox"/> Favorable <input type="checkbox"/> Défavorable Fait à, le Signature du Doyen de la faculté souhaitée	Visé le Signature de la Doyenne de l'UFR SANTE de La Réunion