

REFERENCE DOSSIER :
 DOC_/1970

DATE DE DÉPÔT :

**ACCUSÉ DE RÉCEPTION
 DOSSIER EN LIGNE**

NOM :		PRENOM :	
DATE DE NAISSANCE :		LIEU DE NAISSANCE :	
SEXE :		CIN :	
NATIONALITE :		VILLE :	
TELEPHONE :		MAIL :	

IV - CHOIX DE FORMATIONS

Médecine Générale	<p>Je soussigné certifie par la présente l'exactitude des renseignements portés sur ce formulaire.</p> <p>SIGNATURE :</p>
Médecine Dentaire	
Pharmacie	
1 ^{ère} année MPSI	
2 ^{ème} année étoile MPSI	
Cadre Assistant Médical	
Infirmier spécialisé	
Maintenance Biomédicale	

Nous vous confirmons la bonne réception de votre dossier de pré-inscription et vous remercions pour votre confiance.

En cas de manque au dossier, vous serez contacté par nos équipes.

N.B : Prière de conserver ce document faisant foi de votre dépôt de dossier en ligne.