FICHE INSCRIPTION
Candidats titulaires d'un diplôme d'Etat de Masseur-Kinésithérapeute ou équivalent obtenu en dehors d'un Etat membre de l'Union Européenne
SESSION 2024

CADRE RESERVE A L'ADMINISTRATION		
☐ Pièce d'identité ☐ Photocopie des diplômes ☐ Lettre de motivation ☐ Curriculum vitae ☐ Certificat médical		**N° dossier** |__|__|__|

Civilité : Monsieur ☐ Madame ☐ **Sexe : ☐ Masculin ☐ Féminin**

Nom |___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|

Nom d'usage |___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|

Prénom |___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|

Autres prénoms |___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|

Date de Naissance |_____/_____/_____| **Lieu:** |_____| N° Département |___|___|___|

Nationalité : |_____|

Tél : |_____|_____|_____|_____|_____| **Tél Portable :** |_____|_____|_____|_____|_____|

Adresse : |___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|

Suite adresse : |___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|

Code postal |___|___|___|___|___| **Ville** |___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|

Email : |_____|

<u>Situation actuelle</u> :
☐ Demandeur d'emploi N° Identifiant : |_____| **Date inscription :** |_____|
☐ Salarié(e) ☐ CDI ☐ CDD ☐ Autre contrat : |_____|
☐ Autre situation : |_____|

☐ ***J'accepte sans réserve le règlement qui régit les épreuves de sélection et les conditions d'admission en formation présentées dans la notice session 2024.***
J'accepte également que mon identité paraisse à la publication des résultats sur internet sur le site **<u>medecine-pharmacie.univ-fcomte.fr</u>** *(si «non», joindre une lettre de non publication des résultats sur internet).*
Je soussigné(e) atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements mentionnés sur ce document.

A : **Le :** **Signature :**