

**DEMANDE DE TRANSFERT**

**DE l’UNIVERSITÉ PARIS-SACLAY**

**U.F.R. FACULTÉ DE PHARMACIE** – 17 avenue des Sciences – 91400 Orsay

à l’UNIVERSITÉ DE :

U.F.R. (nom et adresse) :

Formation demandée :

**NOM et PRÉNOM :**

Date et lieu de naissance :

Adresse pour la correspondance :

Dernière année d’études suivies :

Résultats du contrôle des connaissances :

SUCCÈS ❑ ÉCHEC ❑ EN ATTENTE ❑

Motif de la demande de transfert (indication obligatoire – joindre un courrier si nécessaire) :

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Prière de fournir toute(s) les pièce(s) justificative(s) de la ou des raisons invoquées.

Signature de l’étudiant(e) :

|  |  |
| --- | --- |
| Avis du Président de l’Université  Paris-Saclay – par délégation | Décision du Président  de l’Université d’accueil |
| AVIS FAVORABLE  DÉFAVORABLE  Par délégation  Le Doyen  Pr Marc PALLARDY | TRANSFERT ACCORDÉ  REFUSÉ  A , le |