

Université PARIS 7 – Denis Diderot

FICHE DE PRE-INSCRIPTION

Diplôme Universitaire

PERINATALITE ET ADDICTIONS

Nom patronymique : Nom marital :

Prénom(s) :

Date de naissance : Nationalité :

Adresse personnelle :

Téléphone : Portable :

e.mail :

FORMATION ANTERIEURE :

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Médecin généraliste (*) | <input type="checkbox"/> Médecin spécialiste libéral |
| <input type="checkbox"/> Praticien hospitalier | <input type="checkbox"/> Interne |
| <input type="checkbox"/> Résident | <input type="checkbox"/> Pharmacien |
| <input type="checkbox"/> Biologiste | <input type="checkbox"/> Paramédical, précisez : |
| <input type="checkbox"/> Médecin étranger : | |
| <input type="checkbox"/> Spécialiste : | |
| <input type="checkbox"/> Généraliste : | |
| <input type="checkbox"/> Autres, précisez : | |

(*) Date de soutenance de la thèse :

Photocopies des pièces justificatives :

- Doctorat en médecine DES-DESC Diplôme professionnel Autres CV

MOTIVATION :

.....

.....

.....

.....

Cette fiche accompagnée des pièces justificatives est à renvoyer par la Poste à l'adresse suivante :

Professeur Claude LEJEUNE
Hôpital Louis Mourier - 178, rue des Renouillers - 92701 Colombes