

DEMANDE DE TRANSFERT

Service de Scolarité
Faculté de Pharmacie
27 Bd Jean Moulin – CS30064
13005 MARSEILLE

Je soussigné(e),

N° INE/INES : N° d'étudiant¹ :

NOM : Prénom(s) :

Date et lieu de Naissance :

Demeurant à² :
.....

N° de tel : Adresse électronique :

Sollicite le transfert de mon dossier universitaire vers l'université³ :

Au titre de l'année : 2024/2025 **en vue d'une inscription en** (préciser mention, spécialité, parcours)
.....

Motif du transfert :

SITUATION ACTUELLE

Année d'étude concernée : L1 L2 L3 M1 M2 Doctorat Autre, préciser :

Intitulé du dernier diplôme auquel l'étudiant(e) s'est inscrit(e) :

Au cours de l'année universitaire : /

La situation universitaire de l'étudiant(e) sera jointe à la présente fiche par le service de scolarité de l'université d'origine

Fait le à Signature de l'étudiant(e) :

QUITUS DE LA BIBLIOTHEQUE

Le Conservateur de la bibliothèque Universitaire de l'université d'origine certifie que l'étudiant(e) ci-dessus dénommé(e) est quitte de toute obligation vis-à-vis de ses services.

Fait le à Signature du Conservateur + Cachet de la Bibliothèque :

AVIS DES AUTORITES COMPETENTES

Avis de l'Université d'origine

Avis Favorable, Avis Défavorable⁴

A..... le :

Signature + Cachet établissement

Avis de l'Université d'accueil

Avis Favorable, Avis Défavorable⁴

A..... le :

Signature + Cachet établissement

¹ Figurant sur votre certificat de scolarité

² Indiquer l'adresse complète où l'étudiant sera joignable durant le délai de traitement de la demande (y compris période de congés universitaires)

³ Indiquer le Nom complet et l'adresse à laquelle envoyer la demande de transfert

⁴ En cas d'avis défavorable ce formulaire devra être accompagné d'un document expliquant de manière détaillée les raisons du refus.