

Nom Prénom
Semestre d'internat
Lieu de stage actuel
Numéro de téléphone
Mail

Ville, date

A l'attention du Doyen de la faculté de Pharmacie- Université Paris Descartes

Monsieur,

XXXXX

Soutenance du mémoire

Date: _____

Heure: _____

Lieu : _____

Autorisation de soutenance en dehors de la faculté d'origine

Oui Non

Pour le Président,
Le Doyen

Jean-Louis BEAUDEUX