

SÉLECTION 2025 - AS

CONFIRMATION D'INSCRIPTION

Je, soussigné(e) :

NOM DE NAISSANCE : NOM D'USAGE :

Prénom(s) : Autres prénoms :

Date de naissance : Ville de Naissance :

Adresse postale :

.....

.....

Code postal : Ville :

Merci de cocher votre choix :

Je **confirme** mon inscription.

En cursus **COMPLET** ou **PARTIEL**

OU

Je **renonce** à mon inscription

Motif du désistement :

Fait à, le

Signature :

A RETOURNER POUR LE 03/07/2025 MINUIT, dernier délai.

Au secrétariat ou par courrier en recommandé avec avis de réception à l'adresse suivante :

**Campus des Métiers de la Santé.
20 rue de Busnes Bat 9/10
62350 SAINT VENANT**