

**Autorisation de diffusion  
des coordonnées personnelles**

Je soussignée/soussigné :

**NOM :** .....

**Prénom :** .....

**N° Etudiant :** .....

☐ Accepte

☐ Refuse

que la Commission Hospitalière transmette mes coordonnées personnelles (mail), à d'autres étudiantes & étudiants dans le cadre stricte de la préparation à leur départ en mobilité à l'UFR Simone Veil - Santé.

**Date :** .....

**Signature :**