

## 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 :**