

DOSSIER DE DEMANDE DE TRANSFERT POUR LES ETUDIANTS PROVENANT D'UNE UNIVERSITE EUROPEENNE

IMPORTANT : Les étudiants provenant d'une université européenne* ne peuvent intégrer que la 1ère année du 2ème cycle des études de Médecine, il est donc impératif que l'étudiant faisant la demande de transfert ait validé son 1er cycle au 1er octobre de l'année universitaire à venir. Si un étudiant a déjà entamé son deuxième cycle il devra impérativement le recommencer en arrivant en France

☐ **Public concerné**

Les étudiants engagés dans les études médicales **dans une université ou un établissement d'un état membre de l'Union Européenne, ayant validé leur premier cycle des études médicales** et souhaitant s'inscrire à l'UFR Simone VEIL – Santé à compter de la troisième année du diplôme de Formation Générale en Sciences Médicales (**L3**). Le nombre de transfert autorisé est extrêmement limité.

☐ **Date butoir de dépôt du dossier de demande de transfert**

Le dossier doit être transmis **avant le 29 avril 2024**.

Tout dossier incomplet ou réceptionné après cette date recevra une réponse négative.

☐ **Documents à fournir pour constituer le dossier de demande**

- ☐ le formulaire de demande figurant en page suivante, dûment complété
- ☐ la fiche de transfert départ remise par votre UFR d'origine portant avis favorable, tampon et signature ou à défaut l'autorisation du doyen de la faculté d'origine
- ☐ le relevé de notes du Bac
- ☐ les relevés notes des années effectuées dans le premier cycle de la formation Médicale. (Relevé de Notes obligatoires si PACES/PASS en France)
- ☐ le programme (UE / module et stages) de l'année d'études en cours, la commission de transfert se réserve la possibilité de demander des informations complémentaires aux candidats sur leur cursus antérieur.
- ☐ une lettre de motivation à l'attention du Doyen, le Pr Loïc JOSSERAN
- ☐ toutes pièces justificatives motivant la démarche du transfert (mutation du conjoint, mariage, regroupement familial etc...) et le cas échéant, justificatif de domicile de la personne qui pourrait vous héberger en région parisienne

☐ **Adresse d'envoi du dossier**

UFR Simone VEIL - Santé
Service de la scolarité –Pôle Transversal – Bur 13
2 avenue de la Source de la Bièvre
78 180 Montigny-le-Bretonneux

Contact:

Sadika REBAS
sadika.rebas@uvsq.fr
01 70 42 94 89

☐ **Traitement de la demande de transfert :**

Les critères de sélection retenus sont : la situation universitaire, la similitude des programmes et les motifs invoqués.

Un accusé réception de votre demande vous sera délivré à la réception de votre dossier.

Les décisions seront prises par la commission des transferts de la faculté de médecine seront connues en juin 2024.

L'acceptation définitive de votre transfert reste conditionnée par la validation de votre premier cycle des études médicales. (Examens et stages).

☐ **Conditions complémentaires au transfert**

Les étudiants devront se soumettre aux obligations vaccinales en vigueur (cf note service médical UVSQ et JO du 13/08/2013) et fournir l'attestation délivrée par le SSU pour valider leur inscription.

Formulaire de demande de transfert « UE » en DFASM1

Pour l'année universitaire 2024-2025

Je soussigné (e) :

Nom :

Prénom :

Né(e) le :/...../..... à (ville et département) :

Inscrit(e) actuellement en équivalent ☐ L3 médecine ☐ M1 médecine ☐ M2 médecine ☐ M3 médecine

A l'UFR de médecine de

Adresse postale complète de l'UFR d'origine :

.....

.....

Sollicite un transfert en ☐ DFASM1

Vers l'UFR Simone VEIL - Santé, à compter de l'année universitaire 2024-2025

Autre demande de transfert dans une UFR de médecine en France :

☐ Oui ☐ Non

Si oui laquelle (ou lesquelles) :

J'ai bien noté que mon transfert ne pourra s'effectuer vers l'UFR Simone VEIL - Santé, que sur avis favorables de mon UFR d'origine et de la commission des transferts de mai 2024 et à condition d'avoir obtenu mon premier cycle des études médicales.

Je m'engage à vous adresser mes résultats dès leur publication, ainsi que tous les documents demandés par le service de scolarité de l'UFR Simone VEIL - Santé.

A, le/...../20

Signature de l'étudiant