

## FORMULAIRE DEMANDE DE CHANGEMENT D'AFFECTATION DFASM1 PAR DÉROGATION

Ce document est à utiliser à la suite des choix d'affectation en DFASM1

Identité de l'étudiant-e		
Numéro étudiant-e : ..... Nom : ..... Prénom : ..... Date de naissance : ...../...../.....	Adresse postale : ..... ..... Téléphone : ..... Mel personnel : .....	
Demande de changement d'affectation DFASM1		
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Choix d'affectation obtenu : .....</li> <li>▪ <b>Faculté souhaitée pour un changement d'affectation</b> : .....</li> <li>▪ <u>Contact administratif de la faculté souhaitée</u> :</li> <li>▪ Nom et Prénom : .....</li> <li>▪ Adresse mel : .....</li> <li>▪ Téléphone : .....</li> </ul> <p style="margin-top: 20px;">Fait à ....., le ..... <span style="float: right;">Signature de l'étudiant-e</span></p>		
<b>1 - FACULTE D'AFFECTATION</b> Avis du Doyen	<b>2 - FACULTE SOUHAITEE</b> Avis du Doyen	<b>3 - UFR SANTE de La Réunion</b> Visa de la Doyenne
<input type="checkbox"/> Favorable <input type="checkbox"/> Défavorable Fait à ....., le .....  Signature du Doyen de la faculté d'affectation	<input type="checkbox"/> Favorable <input type="checkbox"/> Défavorable Fait à ....., le .....  Signature du Doyen de la faculté souhaitée	Visé le ..... Signature de la Doyenne de l'UFR SANTE de La Réunion