

ANNEXE 2E

DOSSIER 2

DATE LIMITE
DE RECEPTION DU
DOSSIER A
STRASBOURG
15 AVRIL 2018

D.F.M.S. ou D.F.M.S.A.

ATTESTATION DU SUIVI DES ETUDES DE MEDECINE ou DE PHARMACIE
EN LANGUE FRANCAISE
(A remplir par le Doyen de la Faculté)

Je soussigné(e) _____

Doyen de la Faculté de Médecine ou de Pharmacie de : _____

Ville : _____

Pays : _____

atteste que Madame / Monsieur

né(e) le _____ à _____ (_____)

(1) a suivi la **TOTALITE** des études médicales ou pharmaceutiques auprès de la Faculté placée sous ma direction
et

(1) que **TOUS** les enseignements suivis y sont assurés **en langue française**

Attestation établie pour être jointe au dossier de DFMS ou de DFMSA pour la rentrée universitaire 2018-2019.

(1) Prière de cocher les cases concernées.

Fait à _____ , le _____

Cachet
de l'établissement

Le Doyen de la Faculté
(nom et prénom)
(signature, cachet original)
(avec traduction en français si nécessaire)