



DEMANDE DE CANDIDATURE EN MASTER RECHERCHE 1<sup>re</sup> ANNÉE

CURSUS MEDECINE / DENTAIRE / PHARMACIE / SAGE-FEMME

à retourner au Bureau des Masters

Faculté de Médecine

MASTER Pédagogie en Sciences de la Santé

NOM : .....

Prénom : .....

Numéro d'étudiant UDS : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Ou si vous êtes originaire d'une autre université :

N° INE (ou BEA) : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

(Identifiant National Etudiant à remplir obligatoirement)

Date de naissance : |\_|\_|\_| |\_|\_|\_| 19 |\_|\_|\_| lieu :

Adresse personnelle de l'étudiant : .....

.....

Courriel : ..... Tél. : .....

Dernier diplôme obtenu : .....

.....

Faculté de Médecine
Service de la Scolarité
Bureau Masters
4 rue Kirschleger
67085 Strasbourg Cedex
fettous@unistra.fr
vbruchmann@unistra.fr
med-bureau-masters@unistra.fr
Tél. : 03 68 85 32 84
32 77

http://med.unistra.fr/

BACCALAUREA

T

DÉCISION DE LA COMMISSION PÉDAGOGIQUE

AVIS FAVORABLE

AVIS DÉFAVORABLE

Série : .....

Année d'obtention : |\_|\_|\_|\_| ..... Moyenne : ..... Mention : .....

## CURSUS MEDECINE/DENTAIRE/PHARMACIE/SAGE-FEMME

- **Inscription principale année universitaire 2018/2019 autre que Master SPE :**

Médecine  Dentaire  Pharmacie  Sage-Femme  Autre :

**Année étude :** .....

Certificat(s) de Maîtrise Sciences Biologiques et Médicales validé(s) Intitulé du Certificat :

.....  
*(Joindre les relevés de notes) :*

Stage d'initiation à la recherche (étudiant Dentaire) – Année de validation : .....

*(Joindre certificat)*

## MOTIVATION PERSONNELLE

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Tout avis favorable de la commission est émis sous réserve d'acquisition du diplôme nécessaire à l'inscription dans la filière souhaitée. L'autorisation accordée ne constitue en aucun cas une inscription.

Après avis favorable, l'étudiant sera averti des dates et des formalités d'inscription.

La réponse, positive ou négative, sera notifiée par la Scolarité à l'étudiant par courrier après avis du Président de la Commission Pédagogique.

**L'autorisation accordée n'est valable que pour l'année 2018/2019. Si l'étudiant ne s'est pas inscrit cette année-là (avant le 15 octobre) et s'il souhaite s'inscrire l'année suivante, la demande d'autorisation de candidature doit être impérativement reformulée.**

**DÉCLARATION SUR L'HONNEUR**  
*(à remplir par l'étudiant)*

Je soussigné(e).....  
déclare avoir pris connaissance de la totalité des informations et des demandes contenues  
dans ce dossier et certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis.

Fait à ....., le .....






Signature :

**ATTENTION**

Les étudiants admis devront impérativement effectuer leurs inscriptions administratives début septembre.

## Dossier Master Recherche 1<sup>re</sup> année

### *PIECES JUSTIFICATIVES A JOINDRE AU DOSSIER*

-  Lettre de motivation (manuscrite ou non) expliquant en particulier la ou les raisons de vos candidatures
-  Photocopie de la carte d'identité ;
-  Curriculum vitae ;
-  Une photo d'identité récente à coller sur le dossier de candidature ;
-  Copie des diplômes (baccalauréat, certificats MSBM, attestation deuxième cycle des études médicales ...)

**Le dossier est à déposer ou à envoyer avant le 20 juillet 2018 :**

**Faculté de médecine**

Bureau des Masters – 4, rue Kirschleger –  
67085 STRASBOURG Cedex. Tél. : 03 68 85 32 84

Responsable de la formation : Pr Thierry PELACCIA : [pelaccia@unistra.fr](mailto:pelaccia@unistra.fr) Tél. : 03 88 11 69 66

**Tout dossier incomplet, mal rempli ou comportant des documents illisibles ne sera pas traité.**