

A retourner avant le 03/10/2011 à :
Faculté de Médecine
Scolarité BioSanté / Orthoptie
28 place Henri Dunant
BP 38
63001 CLERMONT-FERRAND Cedex 1

**CONFIRMATION D'INSCRIPTION
A L'ECOLE D'ORTHOPTIE DE CLERMONT-FERRAND**

Je soussigné(e),

Madame

Mademoiselle

Monsieur

NOM :

Prénom :

Adresse :

.....

.....

Tél fixe : ____ / ____ / ____ / ____ / ____

Tél portable : ____ / ____ / ____ / ____ / ____

E-mail :@

Déclare avoir pris connaissance de mon admission aux épreuves de sélection de l'Ecole d'Orthoptie de Clermont-Ferrand, et **confirme mon inscription et mon entrée à l'Ecole d'Orthoptie de Clermont-Ferrand pour l'année universitaire 2011/2012.**

*Merci de renvoyer par courrier **avant le 03/10/2011** cet imprimé renseigné, daté et signé à : Faculté de Médecine - Scolarité BioSanté / Orthoptie - 28 place Henri Dunant - BP 38 - 63001 CLERMONT-FERRAND Cedex 1.*

Fait à :

Date :

Signature :