

Licence délivrée le .....  
Spécialité .....  
Valable jusqu'au .....  
QUESTIONNAIRE N° .....

## DEMANDE DE LICENCE DE REMPLACEMENT

NOM.....

Prénoms.....

Nom de jeune fille.....

Nationalité.....

Date et lieu de naissance.....

Adresse .....

Téléphone : .....

Email : .....

Faculté où vous avez fait vos études.....

En quelle années êtes-vous inscrit.....

Avez-vous effectué des remplacements.....

Avez-vous encouru des peines ou condamnations	Universitaires ?	OUI-NON
	Disciplinaires ?	OUI-NON
	Pénales ?	OUI-NON

Si oui, lesquelles et à quelles dates ?.....

Avez-vous soutenu votre thèse (diplôme de Docteur en Médecine) OUI-NON

Date de soutenance ..... Lieu.....

Il est rappelé aux étudiants qu'ils disposent d'un **délai maximum de trois ans au delà de la durée normale des études** du troisième cycle (nouveaux régimes) pour l'obtention d'une licence de remplacement.

\*Souhaitez-vous apparaître dans le fichier des médecins remplaçants.....OUI-NON  
(\*Fichier transmis uniquement aux médecins recherchant des remplaçants)

Reproduire la phrase suivante à la main et signer :

"J'atteste sur l'honneur que les déclarations ci-dessus sont conformes à la vérité."

.....  
.....

DATE et SIGNATURE :