UNIVERSITÉ DE LA RÉUNION

ANNEE UNIVERSITAIRE 2019/2020

DEMANDE D'INSCRIPTION AUDITEUR LIBRE

IDENTITE ET COORDONNEES

NOM DE FAMILLE: _____ PRENOM: _____

ADRESSE: n° __ __ __ rue: _____ complément d'adresse: _____

Code postal: __ __ __ __ __ Ville: _____

Tél.: __ __ . __ __ . __ __ . __ __ . __ __ @mail personnel: _____

INSCRIPTION SOLLICITEE

J'ai l'honneur de vous demander de bien vouloir autoriser mon inscription en licence de : _____

Motivation : _____

Fait à _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ , le __ __ / __ __ / __ __ __ __

signature du demandeur :

Je m'engage à réaliser mon inscription dans un délai de 10 jours à compter de la date d'acceptation. A défaut cette décision sera caduque.

AVIS PEDAGOGIQUE DE LA COMPOSANTE

☐ FAVORABLE ☐ DEFAVORABLE

Fait à Saint-Denis, le __ __ / __ __ / __ __ __ __