



Service de scolarité – PACES  
91 boulevard de l'Hôpital  
Rez-de-chaussée, bureau 24  
75013 PARIS  
01 40 77 95 07  
[medecine-dfs-paces@sorbonne-universite.fr](mailto:medecine-dfs-paces@sorbonne-universite.fr)

# PROCURATION

Je soussigné(e)  Madame  Monsieur

NOM :

Prénom :

Date de naissance :

autorise M. / Mme.....à m'inscrire en première  
année commune aux études de santé Adaptée à la Faculté de Médecine Sorbonne Université pour l'année  
universitaire 2019-2020.

Fait à ..... Le .....

Signature de l'étudiant

**La personne mandatée devra se présenter à la scolarité munie de :**

- **la procuration dûment remplie et signée**
- **sa pièce d'identité + copie recto verso**
- **la copie recto verso de la pièce d'identité de l'étudiant(e) à inscrire**