



Faculté de Médecine Sorbonne Université
91 boulevard de l'Hôpital
75013 Paris
medecine-dfs-paces@sorbonne-universite.fr
Tel : 01 40 77 95 07

DECLARATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné(e) Madame Monsieur

Votre nom :

Votre prénom :

Votre adresse complète :

Code postal

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|

 Ville

Déclare sur l'honneur l'exactitude des informations portées ci-dessous :

N'avoir jamais été inscrit(e) en PACES Adaptée ou PACES ou PCEM1 ou en pharmacie en France

Avoir déjà été inscrit(e) en PACES Adaptée ou PACES ou PCEM1 ou en pharmacie en France :

Nom université : Année :

et avoir pris connaissance des sanctions encourues par l'auteur d'une fausse déclaration.

(Article 441-7 du code pénal)

Fait à Le

Signature