



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 :

Numéro étudiant :

Votre adresse complète :

Code postal

--	--	--	--	--

 Ville

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

- N'avoir pas candidaté en 2020-2021 dans un autre établissement que Sorbonne Université pour une admission en 2^{ème} année des études de santé**
- N'avoir jamais candidaté au dispositif Alter Paces pour une admission en 2^{ème} année des études de santé dans un autre établissement que Sorbonne Université.**

et avoir pris connaissance des sanctions encourues par l'auteur d'une fausse déclaration.
(Article 441-7 du code pénal)

Fait à Le

Signature