



Faculté de Médecine Sorbonne Université  
91 boulevard de l'Hôpital  
75013 Paris  
[medecine-dfs-paces@sorbonne-universite.fr](mailto: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 jamais été inscrit(e) en PACES Adaptée ou PACES ou PCEM1 ou en pharmacie en France**

**Avoir déjà été inscrit(e) une seule fois en PACES Adaptée ou PACES**

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