UNIVERSITÉ CÔTE D'AZUR | ÉCOLE UNIVERSITAIRE DE RECHERCHE ÉCOSYSTÈMES DES SCIENCES DE LA SANTÉ

CAMPUS STAPS, Sciences du Sport

Service Scolarité

261, Boulevard du Mercantour – BP 3259
06205 NICE Cedex 3
Tél. : 04 89 15 39 00

DEMANDE DE TRANSFERT-DEPART

N° de Carte étudiante : ……. INE : …….

Nom : ……. Prénoms : ……..

Né(e) le : …… à : ……

Adresse : ……...

……. Dépt/Pays : ……..

Série du Bac : …… ou Titre équivalent : ……

Académie de : …… Année d'obtention : ……

Inscriptions et Etudes Depuis le Baccalauréat :
Indiquer toutes les années universitaires, y compris celles qui n'ont pas été validées

Années	Université(s) ou Etablissement(s)	Cycle(s)	Année(s) d'étude	Section(s) ou Discipline(s)	Résultats et Mentions à la date de la demande

Je soussigné(e), déclare sur l'honneur que les renseignements fournis ci-dessus sont exacts et complets, et sollicite mon transfert à **l'université de** ……
……..(**adresse complète**) en vue d'une inscription **(cocher la case correspondante à votre demande)** :

L1 L2 L3 Master 1

Date : Signature :

Pièce à joindre : - quitus de la bibliothèque à demander à la BU

Avis du Président de l'Université de Nice	**Avis du Président de l'Université d'accueil**
Favorable Défavorable	Favorable Défavorable Motif en cas de refus : …….
Date : Signature du Président :	Date : Signature du Président :