

# A LIRE ATTENTIVEMENT AVANT DE COMPLETER VOTRE DOSSIER

Le dossier composé de 7 pages doit être **entièrement** renseigné. Chaque champ à son importance pour la saisie de votre inscription.

Merci de bien vouloir compléter le dossier informatiquement (pdf modifiable) et non de façon manuscrite.

**Afin de pouvoir déterminer votre statut, vous devez répondre à la question suivante :**

**Est-ce que je suis inscrit(e) dans un diplôme national (hors DU/DIU) pour l'année 25-26 ?**

OUI	
<b>Je relève de la formation initiale</b>	J'ajoute une copie de mon certificat de scolarité pour mon inscription en cours
	Je règle les droits d'inscription
	Je règle les frais pédagogiques indépendamment

NON (je suis en activité, demandeur d'emploi, DFMSA etc...)		
	Je bénéficie d'une prise en charge par un organisme	Je finance moi-même (autofinancement)
<b>Je relève de la formation continue</b>	J'ajoute l'attestation de prise en charge dans mon dossier	Le règlement de mes droits d'inscription se fera à la réception de ma convention
	<b>Je ne procède à AUCUN règlement</b>	Une convention me sera envoyée pour le règlement des frais pédagogiques (à <b>signer dans les 10 jours</b> )
	Une convention tripartite sera mise en place par le service de formation continue	Les modalités de paiement pour les droits d'inscription me seront transmises avec la convention

J'envoi mon dossier **COMPLET** à l'adresse suivante :

Faculté de Médecine, Maïeutique et métiers de la Santé de Nancy  
Scolarité – Pôle formations sur budget propre (DU/DIU) et capacités en médecine  
9 avenue de la Forêt de Haye – BP 20199  
54505 Vandœuvre lès Nancy CEDEX

## Pièces à fournir Capacités / DU / DIU

Contact : [medecine-scol3-du@univ-lorraine.fr](mailto:medecine-scol3-du@univ-lorraine.fr)

- Le **dossier d'inscription (ci-dessous) complété, daté et signé**  
(Pour les internes de l'UL déjà inscrits l'année précédente, prendre le dossier de réinscription)
- L'original de l'**autorisation d'inscription** délivrée par le professeur responsable du diplôme
- Une **copie de l'attestation/diplôme requis** pour l'inscription.  
(Si diplôme étranger, une traduction du diplôme est nécessaire)
- Une **photo d'identité** récente avec mention de vos nom, prénom et diplôme préparé
- Votre **carte d'étudiante** (si déjà une inscription à l'UL à partir de 2024-2025)
- Une **photocopie de votre pièce d'identité** en cours de validité
- Les **justificatifs** à produire relatifs aux obligations du **Service National** de 16 à 25 ans
- Les **règlements des droits administratifs et pédagogiques (uniquement pour la formation initiale)**  
 Ces deux règlements doivent être bien **distincts**
- L'original de l'**attestation de prise en charge** si financement employeur (pour les organismes publics, **fournir un bon de commande**)

- Tout dossier incomplet sera refusé
- Toutes les pièces énumérées sont à fournir autant de fois que de diplômes préparés
- Les femmes mariées doivent rappeler **leur nom de jeune fille** dans chaque correspondance

**\*Numéro INE (Identifiant National Etudiant – 11 caractères)** : Numéro attribué à tout étudiant inscrit en cycle universitaire depuis 1995-1996, il figure sur votre relevé de note ou ancienne carte étudiante. Si vous n'êtes plus en possession de ce numéro, vous devez le demander auprès de votre dernier établissement.

**Numéro UL** : Identifiant des étudiants inscrits à l'UL, reprendre le numéro étudiant figurant sur votre dernière carte (**8 chiffres**). En cas de première inscription, un numéro vous sera attribué à la fin de votre inscription.





## Echanges internationaux

Vous inscrivez-vous dans le cadre d'échanges internationaux ?

OUI

NON

Sens de l'échange :

A - Accueil à l'Université de Lorraine

E - Départ à l'étranger

Etablissement : .....

Pays : .....

Nom du Programme :

1 - Socrates Erasmus

2 - Tempus

3 - Socrates assistant linguistique communautaire (Comenius)

4 - Leonardo Da Vinci

5 - Autres programmes financés par l'Union Européenne

6 - Autres programmes et accords bilatéraux

## Dernier établissement fréquenté

Veuillez préciser le type d'établissement

LY - Lycée

00-Université

01- BTS

02 - CPGE

03 - Ecole de commerce, gestion, compta

04- Ecoles d'ingénieurs

05- Ens. Sup. Privé

C -IUT

11- ENS

13 - Ecole d'architecture

18- Paramédical ou social

06 - Ens. Sup. Artistique ou culturel

14 -IUFM

17 - Par correspondance

RC- organisme de recherche

10 - Etb. étranger d'enseignement supérieur

LE- Etb. étranger d'enseignement secondaire

15- Autres Etb. ou cursus

Nom ..... Département  ou Pays : .....

Diplôme préparé : ..... Année :  -

## Situation année précédente

Veuillez préciser votre situation en 2018-2019

A - Enseignement secondaire

B - BTS

C - IUT

D - CPGE

E - Ecole d'ingénieur

F- IUFM

J - Ecole de commerce, gestion, comptabilité

P - Etablissement étranger d'enseignement supérieur ou secondaire

L - Etablissement (hors université) préparant aux concours paramédicaux

G - Enseignement par correspondance

H - Université

K - ENS - Grands établissements

S - Autre établissement ou cursus (paramédical, social, ...)

Nom de l'établissement : ..... Département  ou Pays

T - Non scolarisé l'année précédente et **jamais entré** dans l'enseignement supérieur français

U - Non scolarisé l'année précédente **mais précédemment entré** dans l'enseignement supérieur français, universitaire ou non (reprise d'études)

## Dernier diplôme obtenu, veuillez préciser votre dernier diplôme obtenu :

A - Baccalauréat (français)

I - DEUG

Q - Maîtrise

B - BTS

K - Attestation de fin de 1<sup>ère</sup> année médecine pharmacie, odontologie

R - Autre diplôme universitaire de 2<sup>ème</sup> cycle

C - DUT

L - Diplôme du secteur paramédical et social

U - Diplôme univ. De 3<sup>ème</sup> cycle (Master, Docteur en médecine, ...)

D - Attestation CPGE

M - Autre diplôme universitaire de 1<sup>er</sup> cycle hors DUT

V - Diplôme de fin de 2<sup>ème</sup> cycle des études médicales et pharma.

E - Diplôme d'ingénieur

N - Licence

X - Diplôme d'établissement étranger supérieur ou secondaire

F - Diplôme universitaire d'entrée en 1<sup>er</sup> cycle

Y - Autre diplôme supérieur (DELTA, DAL, ...)

Z - Aucun diplôme supérieur

Nom de l'établissement : .....

Année  -  Département  ou Pays

## Autre établissement que l'Université de Lorraine fréquenté en parallèle :

OUI

NON

Si OUI :

Inscription parallèle, indiquez l'établissement (hors UL) : .....

OUI

NON

Diplôme d'inscription : .....

Département

OU

Réorientation, indiquez l'établissement précédent (hors UL) : .....

Type d'établissement : .....



CODE PAYS

319	Acores, Madère
212	Afghanistan
303	Afrique du Sud
125	Albanie
352	Algérie
109	Allemagne
130	Andorre
395	Angola
441	Antigua-et-Barduda
201	Arabie Saoudite
415	Argentine
252	Arménie
501	Australie
990	Autres pays
110	Autriche
253	Azerbaïdjan
436	Bahamas
249	Bahrein
246	Bangladesh
434	Barbade
131	Belgique
429	Bélize
327	Bénin
214	Bhoutan
148	Biélorussie
224	Birmanie
418	Bolivie
118	Bosnie-Herzégovine
347	Botswana
416	Brésil
225	Brunei
111	Bulgarie
331	Burkina
321	Burundi
234	Cambodge
322	Cameroun
401	Canada
396	Cap Vert
323	Centrafricaine (République)
417	Chili
216	Chine
254	Chypre
419	Colombie
397	Comores
324	Congo
239	Corée (République de)
238	Corée (République populaire démocratique)
406	Costa Rica
326	Côte d'Ivoire
119	Croatie
407	Cuba
101	Danemark
399	Djibouti
438	Dominique
301	Égypte
414	El Salvador
247	Émirats Arabes Unis
420	Équateur
317	Érythrée
134	Espagne
106	Estonie
404	États-Unis

315	Éthiopie
999	Étranger sans autre indication
156	Ex-républ. Yougoslave de Macédoine
508	Fidji
105	Finlande
100	France
328	Gabon
304	Gambie
255	Géorgie
329	Ghana
133	Gibraltar
126	Grèce
435	Grenade
430	Groenland : Terr. Du Danemark
409	Guatemala
330	Guinée
314	Guinée Équatoriale
392	Guinée-Bissau
428	Guyana
410	Haïti
411	Honduras
112	Hongrie
223	Inde
231	Indonésie
204	Iran
203	Iraq
136	Irlande ou Eire
102	Islande
207	Israël
127	Italie
426	Jamaïque
217	Japon
222	Jordanie
256	Kazakhstan
332	Kenya
257	Kirghizistan
513	Kiribati
240	Koweït
241	Laos
348	Lesotho
107	Lettonie
205	Liban
302	Libéria
316	Libye
108	Lituanie
113	Liechtenstein
137	Luxembourg
232	Macao
333	Madagascar
227	Malaisie
334	Malawi
229	Maldives
335	Mali
144	Malte
350	Maroc
515	Marshall (Iles)
390	Maurice
336	Mauritanie
405	Mexique
516	Micronésie (états fédérés de)
151	Moldavie
138	Monaco

242	Mongolie
393	Mozambique
311	Namibie
507	Nauru
215	Népal
412	Nicaragua
337	Niger
338	Nigéria
103	Norvège
502	Nouvelle Zélande
250	Oman
339	Ouganda
258	Ouzbékistan
213	Pakistan
261	Palestine (Territoires Gaza et Jéricho)
413	Panama
510	Papouasie - Nouvelle-Guinée
421	Paraguay
135	Pays-Bas
422	Pérou
220	Philippines
503	Pitcairn (Ile)
122	Pologne
139	Portugal
313	Prov.Espagnoles d' Afrique
248	Qatar
312	Rép. Démocratique du Congo (ex Zaire)
517	République des Iles Palaos
408	République Dominicaine
114	Roumanie
132	Royaume-Uni
123	Russie
340	Rwanda
389	Sahara Occidental
128	Saint Marin
442	Saint-Christophe-et-Nievs
306	Sainte-Hélène
439	Sainte-Lucie
440	Saint-Vincent-et-les Grenadines
512	Salomon (Iles)
506	Samoa occidentales
995	Sans nationalité
394	Sao Tomé-et-Principe
341	Sénégal
398	Seychelles
342	Sierra Léone
226	Singapour
117	Slovaquie
145	Slovénie
318	Somalie
343	Soudan
235	Sri Lanka
104	Suède
140	Suisse
437	Suriname
391	Swaziland
206	Syrie
259	Tadjikistan
236	Taiwan
309	Tanzanie
344	Tchad
116	Tchèque (République)
432	Terr. d' USA en Amérique
425	Terr. du Royaume-Uni aux Antilles
427	Terr. du Royaume-Uni dans l' Atlantique
431	Territoire des Pays-Bas
308	Territoires Britannique de l'océan Indien
505	Territoires des USA en Océanie
219	Thaïlande
345	Togo
509	Tonga

433	Trinité et Tobago
351	Tunisie
260	Turkménistan
208	Turquie
511	Tuvalu
155	Ukraine
423	Uruguay
514	Vanuatu
129	Vatican ou Saint-Siège
424	Vénézuéla
243	Vietnam
251	Yémen
121	Yougoslavie (Serbie et Monténégro)
346	Zambie
310	Zimbabwe

**CATEGORIES SOCIO-PROFESSIONNELLES :**

<b>Codes</b>	<b>Professions</b>	<b>Codes</b>	<b>Professions</b>
<b>10</b>	Agriculteurs exploitants	<b>47</b>	Techniciens
<b>21</b>	Artisans	<b>48</b>	Contremaîtres, agents de maîtrise
<b>22</b>	Commerçants et assimilés	<b>52</b>	Employés civils et agents de service de la Fonction Publique
<b>23</b>	Chefs d'entreprise de 10 salariés ou plus	<b>53</b>	Policiers et militaires
<b>31</b>	Professions libérales	<b>54</b>	Employés administratifs d'entreprise
<b>33</b>	Cadres de la Fonction Publique	<b>55</b>	Employés de commerce
<b>34</b>	Professeurs, professions scientifiques	<b>56</b>	Personnels des services directs aux particuliers
<b>35</b>	Professions de l'information, des arts et des spectacles	<b>61</b>	Ouvriers qualifiés
<b>37</b>	Cadres administratifs et commerciaux d'entreprise	<b>66</b>	Ouvriers non qualifiés
<b>38</b>	Ingénieurs et cadres techniques d'entreprise	<b>69</b>	Ouvriers agricoles
<b>42</b>	Instituteurs et assimilés	<b>71</b>	Anciens agriculteurs exploitants
<b>43</b>	Professions intermédiaires de la santé et du travail social	<b>72</b>	Anciens artisans, commerçants, chefs d'entreprise
<b>44</b>	Clergé, religieux	<b>73</b>	Anciens cadres et professions intermédiaires
<b>45</b>	Professions intermédiaires administratives de la Fonction Publique	<b>81</b>	Anciens employés et ouvriers
<b>46</b>	Professions intermédiaires administratives et commerciales des entreprises	<b>82</b>	Chômeurs n'ayant jamais travaillé
		<b>99</b>	Autres personnes sans activité professionnelle Non renseigné - inconnu ou sans objet

**Remarque : les demandeurs d'emploi sont codés dans leur ancienne profession.**

## Service Formation Continue

## ATTESTATION DE PRISE EN CHARGE FINANCIERE

Je, soussigné(e) : .....

Agissant en qualité de .....

Représentant l'organisme employeur (Nom de l'entreprise) : .....

N° SIRET (14 chiffres) : .....

Adresse : .....

CP : ..... VILLE : .....

Téléphone : .....

Email de contact (**obligatoire pour le suivi des conventions**) : .....**L'organisme que je représente s'engage à prendre en charge (cochez la/les case(s) ci-après) :** le cout de la formation (tarif formation continue), à hauteur de ..... euros. le montant des droits d'inscription à l'université à hauteur de ..... euros**La prise en charge concerne M/Mme (NOM, Prénom du stagiaire).....**

Date de Naissance : ..... Fonction : .....

Nom de la formation dispensée par la Faculté de Médecine, Maïeutique et Métiers de la santé :

.....

Année Universitaire : .....

Une convention de formation sera établie entre mon organisme et l'université.

Adresse de facturation (si différente de celle de l'entreprise) :

.....

**Pour les organismes publics, fournir également un bon de commande.**

Fait à ....., le .....

Signature

Nom et qualité du signataire : .....

Cachet de l'entreprise ou organisme