



Examens Facultaires  
Master en médecine  
**RETRAIT**

**AMC 1<sup>ère</sup> section**

Je souhaite me retirer à l'examen de :

.....  
.....

**AMC 2<sup>ème</sup> section**

Je souhaite me retirer à l'examen de :

.....  
.....

**Indications personnelles :**

Nom, Prénom : .....

Nationalité : .....

Date de naissance : ..... No d'immatriculation: .....

Adresse : .....

.....

.....

Avez-vous déjà échoué à l'examen duquel vous vous retirez ? Oui  Non

Si oui, quand ? : .....

Date : ..... Signature : .....

Le récépissé du recommandé fait foi.