



REMBOURSEMENT DES FRAIS DES ETUDIANTS (COURS A OPTION) (à rendre dactylographié)

*Veuillez joindre en annexe **les titres de transport originaux** (pas de photocopie, sauf pour l'abonnement général)*

NOM et Prénom : _____ Date de naissance (jj/mm/aaaa) : _____

Adresse : _____ N° Postal : et ville _____

N° CCP (IBAN) / N° compte bancaire (IBAN) : _____ Nom de la banque / ville : _____

NOM DE L'OPTION : _____

SEMESTRE DU COURS A OPTION : _____

Date	Libellé	Prix	Remarques

Signature de l'étudiant :	Total CHF _____	Signature de la responsable des cours à option:
---------------------------	------------------------	---

*Ce formulaire doit être remis avec les annexes à la fin de votre cours à option, et **au plus tard 1 semaine après la fin du cours** à MH-2BA-3BA-CoursOPTIONS@unige.ch ou au secrétariat des étudiants de la Faculté de Médecine.*