

# Formulaire d'inscription (simplifié)

2025-2026

## **Inscription 2024/2025**

Diplôme préparé **FC « prévention des chutes chez la personne âgée**

## **Etat civil**

Nom :

Prénom :

Genre :

Né(e) le :

Pays de naissance :

Ville de naissance :

Nationalité :

N° BEA/INE :

(uniquement si  
candidat a déjà  
étudié en  
Université  
Française)

## **Service National (si candidat de nationalité Française)**

JAPD effectuée/  
Service militaire accompli/  
Non concerné

(entourez votre situation)

## **Baccalauréat (ou diplôme étranger équivalent)**

Année d'obtention (+ filière) :

Pays d'obtention :

Département (si le pays est la France) :

## Parcours dans l'enseignement supérieur Français

-Déjà entré en Université  
Française? OUI ou NON

-Si OUI, indiquez l'année  
d'entrée + nom de  
l'Université

-Année d'entrée à  
l'Université de  
Montpellier :

## Coordonnées

Adresse fixe :

E-mail :

Téléphone :

## Situation professionnelle

Statut actuel

Profession

## Dernier établissement d'enseignement fréquenté

Type :

Pays :

Département (si Pays est la France) :

Année :

## Situation au cours de l'année précédente

Scolarisé(e) en 2024-2025 ? OUI ou  
NON

Si OUI, indiquez le nom de l'établissement  
+ la ville

## Dernier diplôme obtenu

Type du diplôme :

Pays d'obtention :

Ville et Département (si Pays est la France) :

Année d'obtention :

## Paiement

Tarif **Montant total à régler : pas de paiement**

Détail	Montant de la formation	0
	Droits universitaires de bibliothèque	0

## Signature

Droit d'accès Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé par l'UFR Médecine Montpellier-Nîmes pour la gestion des dossiers d'inscription. Elles sont conservées pendant 2 ans et sont destinées au service de la scolarité 3ème cycle, Bureau des DU/DIU/Capacités de médecine. Conformément à la loi "informatique et libertés", vous pouvez exercer vos droit d'accès, de rectification, d'interrogation ou d'opposition en contactant :

UFR Médecine Montpellier-Nîmes  
Service FMC/DPC,DU/DIU/Capacités de médecine  
2 Rue Ecole de médecine  
CS 59001  
34060 MONTPELLIER Cedex 2

Attestation sur l'honneur Je certifie exacts les renseignements portés sur ce document et m'engage à signaler toute modification de ma situation, notamment un changement de mon adresse de résidence fixe (pour envoi du diplôme) et déclare sur l'honneur ne pas avoir pris d'inscription dans une autre université pour le(s) même(s) diplôme(s), ni faire l'objet de sanction disciplinaire ou de mesure d'exclusion.

De plus, je déclare avoir pris connaissance des informations relatives à la formation et aux conditions d'inscription et m'engage à m'y conformer. Je reconnais avoir pris connaissance que tout dossier incomplet ne pourra être traité.

Signature

Fait à .....

Le .....

Signature