



DOSSIER D'INSCRIPTION
Licence Sciences pour la santé
(Formation Professionnelle Continue)
à l'Université Bretagne Sud

Année universitaire 2024/2025

À COMPLÉTER PAR L'INTÉRESSÉ·E

IDENTITÉ (NB : le N° INE est généralement indiqué sur vos relevés de notes ou sur votre ancienne carte d'étudiant)

N° INE		Sexe	<input type="checkbox"/> Féminin	<input type="checkbox"/> Masculin
Nom de naissance		Nom usuel		
Prénom		Prénom 2		
Date de naissance		Ville et département de naissance		
Situation familiale		Nationalité:		

BACCALAUREAT

Année d'obtention		Série	
Mention obtenue au Baccalauréat		Établissement d'obtention (Nom et ville)	Etb : Ville :
Si Bac français obtenu à partir de 2021 :	Spécialité de Première :	Spécialités de Terminale	Spé 1 : Spé 2 :
		Options de Terminale le cas échéant	Option1 : Option 2 :

ETUDES SUPERIEURES

1 ^{ère} inscription dans l'enseignement supérieur français (indiquez l'année universitaire)			
1 ^{ère} inscription en université publique française (indiquez l'année universitaire)		Nom de l'Université	
Études Post Baccalauréat :			
Année :	Établissement :	Diplôme :	Validé :
			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

DERNIER ETABLISSEMENT FRÉQUENTÉ (Lycée, IFAS, ...)

Année	Établissement	Ville

STATUT D'INSCRIPTION

<input type="checkbox"/> Reprise d'études non financée	⇒	Numéro de CVEC :
<input type="checkbox"/> Reprise d'études financée		

CATÉGORIE SOCIO-PROFESSIONNELLE (CSP) au cours de l'année universitaire 2024/2025

Vous : Sans emploi En emploi (indiquez votre catégorie socio-professionnelle) : _____

CSP de vos parents :

Père : _____ Mère : _____

ADRESSE POUR L'ANNÉE EN COURS (2024/2025)

Code postal Commune

Pays Téléphone : Portable :

Adresse électronique personnelle :

Type de logement :

- Résidence universitaire Logement HLM-CROUS Domicile parental
 Logement personnel Autre

ADRESSE FIXE si différente de l'adresse pour l'année en cours

Code postal Commune

CYCLE DE FORMATION ET ANNÉE D'ÉTUDES

- Licence Sciences pour la santé 1^{ère} année 2^{ème} année 3^{ème} année

Centre IFPS : Lorient Pontivy Vannes

Je soussigné·e certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis ci-dessus.

Je donne mon accord à l'UBS pour que ces informations soient transmises à l'Université Rennes1 afin que je puisse accéder aux ressources numériques utiles à mes études.

Fait à, le Signature de l'étudiant·e

Transmettre le présent document avec votre dossier administratif complet.
Après saisie des informations, vous recevrez en retour par mail votre identifiant et la procédure de dépôt des pièces justificatives en ligne.