

DEMANDE DE CHANGEMENT DE GROUPE PASS 2024-2025

A retourner à la scolarité PASS/LAS avant le 16/09/2024

Je soussigné(e) :

NOM : _____

Prénom : _____

N° étudiant : _____

Mail universitaire : _____

Inscrit dans le groupe du :

- ☐ MATIN
☐ APRES-MIDI

Souhaite changer de groupe et être inscrit dans le groupe du :

- ☐ MATIN
☐ APRES-MIDI

Validation au préalable par le SIMPPS :

☐ Demande validée le

Tampon et signature du docteur en
charge de la visite médicale

Fait à Toulouse, le

Signature étudiant(e)