



Faculté de Médecine Sorbonne Université  
91 boulevard de l'Hôpital  
75013 Paris  
[medecine-dfs-paces@sorbonne-universite.fr](mailto:medecine-dfs-paces@sorbonne-universite.fr)  
Tel : 01 40 77 95 07

**DECLARATION SUR L'HONNEUR**

Je soussigné(e)  Madame  Monsieur

Votre nom : .....

Votre prénom : .....

Numéro étudiant : .....

Votre adresse complète : .....

Code postal 

--	--	--	--	--

 Ville .....

Déclare sur l'honneur l'exactitude des informations portées ci-dessous :

- N'avoir pas candidaté en 2019-2020 dans un autre établissement que Sorbonne Université pour une admission en 2<sup>ème</sup> année des études de santé**
- N'avoir jamais candidaté au dispositif Alter Paces pour une admission en 2<sup>ème</sup> année des études de santé dans un autre établissement que Sorbonne Université.**

et avoir pris connaissance des sanctions encourues par l'auteur d'une fausse déclaration.  
(Article 441-7 du code pénal)

Fait à ..... Le .....

Signature