

INSCRIPTION 20.. /20..

Intitulé D.U./D.I.U.

Une fois votre candidature acceptée par le Responsable pédagogique, veuillez compléter ce dossier d'inscription et le retourner au format Pdf uniquement par mail à l'adresse générique suivante : fc.pharmacie@universite-paris-saclay.fr

PIECES JUSTIFICATIVES A JOINDRE OBLIGATOIREMENT AU DOSSIER D'INSCRIPTION
Tout dossier incomplet retardera le traitement de votre inscription administrative

- L'autorisation d'inscription au DU/DIU (*mail d'acceptation de la secrétaire pédagogique et/ou attestation du responsable*) ;
- Règlement intérieur daté et signé ;
- Formulaire « attestation de prise en charge » complété et signé (plan de financement) ;
- **2 virements (joindre les justificatifs)** un pour le règlement des droits universitaires et un pour les frais pédagogiques (si prise en charge employeur : voir attestation jointe) ;
Nota : Règlement obligatoire des droits universitaires au moment du dépôt du dossier d'inscription (**398€**) ;
Frais pédagogiques - TARIFS REDUITS : Joindre obligatoirement le justificatif ;
- La photocopie recto-verso de la pièce d'identité ;
- **Le numéro INE** (identifiant national étudiant) composé de 11 chiffres et lettres (*en page 1*) ;
- L'attestation d'assurance responsabilité civile **VIE PRIVÉE** (inclus dans l'assurance habitation) ou assurance universitaire couvrant l'année en cours ;
- Le bordereau de signature de droit à l'image et réseau des diplômés dûment renseigné et signé.

Modes de règlement : Virement uniquement

- 2 règlements distincts (droits universitaires et frais pédagogiques) :
*indiquer obligatoirement vos **NOMS, PRENOMS** et intitulé de la formation abrégée dans le libellé des virements. Attention aux frais bancaires sur les virements effectués depuis l'étranger*
RIB de l'Agent comptable de l'université Paris-Saclay

Titulaire du compte :

Université Paris-Saclay - Agence comptable, BAT 407,
Rue du Doyen Georges Poitou - 91400 ORSAY – France

code banque	code guichet	numéro de compte	clé RIB
10071	91000	00001002940	65

domiciliation
TPEVRY

IBAN (International Bank Account Number)						
FR76	1007	1910	0000	0010	0294	065

BIC (Bank Identifier Code)
TRPUFRP1

Intitulé D.U./D.I.U.

☐ 1^{ère} inscription à l'Université Paris-Saclay☐ Réinscription – N° étudiant Paris-Saclay (ex Paris-Sud ou Paris XI) | | | | | | | | |

NOM : PRENOM :

NOM D'USAGE / D'EPOUSE (pour les femmes mariées) :

N° Identifiant National Etudiant (INE ou BEA) | | | | | | | | | | | | | à remplir **OBLIGATOIREMENT**

- L'identifiant national étudiant se compose 11 éléments chiffres et lettres. **ATTENTION, pour éviter toute erreur ou confusion indiquer 0 pour la lettre et Ø pour le chiffre zéro.**

- Si vous avez été inscrit dans une université française à partir de 1996, ce numéro se trouve sur vos anciens certificats de scolarité ou vous pouvez l'obtenir auprès du service de scolarité de votre ancienne université.

- Si vous n'avez jamais été inscrit dans une université française mais que vous avez obtenu votre baccalauréat français à partir de 1996, votre numéro figure sur votre relevé de notes du baccalauréat.

- Si vous n'avez jamais été inscrit en université française et/ou que vous avez obtenu votre baccalauréat français avant 1995, vous n'avez pas de numéro INE ou BEA et l'Université Paris-Saclay vous en attribuera un.

ETAT CIVIL

Nom : Prénom 1 :

Nom d'usage : Prénom 2 :

(Pour les femmes mariées)

Né(e) le : ____ / ____ / ____ (JJ/MM/AAAA)

Département de Naissance : | | | | | Nom Du Département :

Ville de Naissance..... (Préciser l'arrondissement pour Paris, Lyon, Marseille)

Pays de Naissance : Nationalité :

Sexe : ☐ Féminin ☐ MasculinSituation Familiale : ☐ 1 Seul(e) sans enfant ☐ 2 En couple sans enfant ☐ 3 Seul(e) avec enfants ☐ 4 en couple avec enfants

Situation Militaire (pour les étudiant(e)s français(es) uniquement) :

⊙ Jeunes hommes nés avant 1979 : ☐ 4 Service accompli ☐ 3 Exempté

⊙ Jeunes hommes nés à partir de 1979 et jeunes filles à partir de 1983 : Journée Défense et Citoyenneté (ex JAPD) :

☐ 5 Recensé(e) ☐ 6 Effectuée ☐ 7 En attente**ETUDES UNIVERSITAIRES - si vous n'avez jamais suivi d'études universitaires en France - Merci d'indiquer l'année en cours**

Année de votre première inscription dans l'enseignement supérieur français : | | | | | - | | | | |

Année de votre première inscription en université française : | | | | | - | | | | |

Préciser le nom de l'université : Code Postal : | | | | |

Année de votre première inscription à Paris-Saclay (ex Paris-Sud ou Paris XI) : | | | | | - | | | | |

BACCALAUREAT OU TITRE D'ACCES A L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR

☒ Titulaire du Baccalauréat français :

Année d'obtention : Série : Mention :

Nom du lycée : Département : | | | |

☒ Non Titulaire du Baccalauréat français :

☐ 0031 Bac ou titre étranger

☐ 0037 Autre Cas de non Bachelier

☐ 0036 Validation des acquis

☐ Autre situation, Précisez :

Année d'obtention : Pays : Département : | | | |

COORDONNEES - merci d'écrire lisiblement – en lettres capitales

N°, Rue, Bâtiment, etc :

Code postal : | | | | | Commune : Pays :

Téléphone : | | | | | (Adresse postale où vous souhaitez recevoir votre certificat de scolarité)

Email :@.....

REGIME D'INSCRIPTION

☐ Formation Continue autofinancée (*inscription à titre individuel*)

☐ Formation Continue financée par un organisme public ou privé (*joindre l'attestation de prise en charge financière*)

ACTIVITE PROFESSIONNELLE

Exercez-vous une activité professionnelle : ☐ oui ☐ non Si oui précisez : ☐ CDD ☐ CDI

☐ 31 - Profession libérale ☐ 33 – Praticiens hospitaliers de la fonction publique

☐ 34 - Professeur, profession scientifique ☐ 38 - Ingénieur, cadre technique

☐ 43 - Profession intermédiaire santé et travail social (internes, infirmiers...)

☐ Autre - Précisez :

DERNIER ETABLISSEMENT D'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR FREQUENTE

Type d'établissement : ☐ LY - Lycée ☐ 16 - Université française ☐ 10 - Etablissement étranger

☐ Autre - Précisez :

Département : | | | | | ou pays : Année : | | | | | - | | | | |

Nom de l'établissement :

SITUATION DE L'ANNEE PRECEDENTE

- ☐ H - université française
 ☐ R - établissement étranger
 ☐ S- autre établissement ou cursus
- ☐ U - Non scolarisé mais précédemment entré dans l'enseignement supérieur français
- ☐ W - Non scolarisé mais précédemment entré dans l'enseignement supérieur à l'étranger
- ☐ T - Non scolarisé et jamais entré dans l'enseignement supérieur français
- ☐ Autre - Précisez :

Nom de l'établissement :

Département : | | | | ou pays :

DERNIER DIPLOME OBTENU

- ☐ 034 - Diplôme secteur paramédical et social
 ☐ 055 - Diplôme de fin de second cycle
 ☐ 500 - Diplôme étranger
- ☐ 519 - Autre diplôme supérieur (DU/DIU)
 ☐ 079 - Diplôme univ 3^{ème} cycle
 ☐ 080- Diplôme de Docteur en Médecine
- ☐ Autre - Précisez :

Nom de l'établissement :

Département : | | | | ou pays : Année : | | | | - | | | |

RECENSEMENT DES ETUDIANTS PRESENTANT UN HANDICAP

Si vous êtes en situation de handicap merci de compléter le formulaire de recensement ci-joint.

Afin de mettre en place les aménagements nécessaires pour le suivi de la formation ou des examens, merci de contacter le référent handicap Faculté de Pharmacie Paris-Saclay à l'adresse suivante : samuel.costantin@universite-paris-saclay.fr

ASSURANCE RESPONSABILITE CIVILE NOMINATIVE DE L'ANNEE EN COURS

Le stagiaire doit contracter une assurance garantissant sa responsabilité civile **VIE PRIVEE** (inclus dans l'assurance habitation ou l'assurance étudiant) couvrant l'année universitaire en cours. (Assurances non acceptées : RCP Professionnelle, assurance voyage/transpo

Le/La stagiaire soussigné(e), déclare sur l'honneur avoir le diplôme ou niveau requis pour s'inscrire au DU/DIU.....

.....

.....

..... et s'engage à

fournir la copie des diplômes ou documents lui permettant l'accès à cette formation.

Il/ elle certifie l'exactitude des renseignements fournis dans ce formulaire.

Toute déclaration inexacte, ainsi que tout document falsifié est susceptible de poursuites et entraînera l'annulation de l'inscription universitaire et des diplômes obtenus.

Le à

Signature du stagiaire (précédée de la mention « Lu et approuvé ») :

ATTESTATION DE PRISE EN CHARGE FINANCIERE 20..-20..

Je soussigné(e) : Agissant en qualité de :
..... Nom de l'Entreprise/Etablissement/Organisme :
..... N° de SIRET
(14 chiffres) : | | | | | | | | | | | | | | | |
Adresse de l'établissement :
..... Code postal : | | | | | | | | Ville :
.....
Correspondant : NOM : PRENOM :
.....

Adresse de facturation :

(Si différente de l'adresse de l'établissement)

Code postal : | | | | | | | | Ville :
.....

S'engage à prendre en charge le paiement des frais de formation du stagiaire :

NOM : PRENOM :
..... Pour le DU/DIU
.....

L'entreprise/L'établissement/L'organisme s'engage à régler :

↳ Les droits universitaires pour l'année d'inscription (fixés
chaque année par arrêté ministériel) établis pour un montant
de 397€ (tarif 2025-2026 – sous réserve de modification)

☐ OUI ☐ NON

↳ Les frais pédagogiques s'élevant à Euros
(tarif FORMATION CONTINUE indiqué sur la fiche tarif de la formation)

Facturation des frais de formation à compléter selon votre souhait :

⊙ 2026 Euros

⊙ 2027 Euros

En l'absence de ces précisions la facture sera adressée en fin de formation

CHORUS

Facture à déposer sur Chorus : ☐ OUI ☐ NON

N° de commande :

Code service :

Joindre obligatoirement le bon de commande
mentionnant le numéro de commande, code
service et le SIRET.

Les attestations de présences seront transmises aux apprenants par le secrétariat pédagogique de la formation tout au long de l'année.

Merci de bien vouloir récupérer les attestations de présences auprès des apprenants ou du secrétariat pédagogique de la formation.

Informations financeurs (type OPCO) :

Code postal : | | | | | | | | Ville :

Correspondant : NOM : PRENOM :

☎ : ✉ : @

Cachet de l'entreprise :

Fait à Le

Signature du représentant légal :

Je soussigné(e) :

Nom :

Prénom :

Formation :

UFR : UFR PHARMACIE

Service / Laboratoire (pour les doctorants) :

Numéro d'étudiant :

- Autorise l'utilisation de ma **photo** pour des usages liés à la vie étudiante (pour le trombinoscope, pour les actions de communication, lors des remises de diplôme, l'annuaire, les plateformes d'apprentissage numérique) :

☐ OUI ☐ NON

Autorisation du Responsable légal si étudiant(e) mineur(e)

- M'engage à activer mon compte informatique <https://adonis.universite-paris-saclay.fr/activation/>
- M'engage à prendre connaissance du Règlement Intérieur de la Formation Continue <https://www.pharmacie.universite-paris-saclay.fr/formations/formation-continue-pharmacie>

A....., le :

..... Signature :

NB : ce document est à remettre signé au moment de votre inscription

Les informations recueillies par l'Université Paris-Saclay dans le cadre des procédures d'inscription font l'objet d'un traitement informatique destiné à assurer la gestion administrative et pédagogique des étudiants, à établir des statistiques par le Ministère de l'éducation nationale et le rectorat et à permettre des enquêtes sur les conditions de vie des étudiants par l'Observatoire de la vie étudiante. Les organismes de sécurité sociale et les mutuelles étudiantes ainsi que le CROUS ou les Partenaires institutionnels de l'Université (partenaires dans le cadre d'échanges d'étudiants etc.) sont également susceptibles d'être destinataires d'informations strictement nécessaires à l'accomplissement de leurs missions. Conformément à la loi "Informatique et Libertés", vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit, veuillez-vous adresser au délégué à la protection des données de l'Université par courriel adressé à l'adresse suivante : dpd@universite-paris-saclay.fr Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement de certaines données vous concernant.

Vous avez également la possibilité, en application de l'article 40-1 de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés de définir des directives relatives au sort de vos données à caractère personnel après votre décès.

FICHE DE RECENSEMENT 20..-20..

NOM : Prénom :

Date de naissance : / /

Sexe : F ☐ M ☐ Téléphone : Email :

Adresse :

Vos études

Intitulé de la formation suivie :

Niveau : Diplôme Universitaire / Diplôme inter-universitaire UFR de rattachement : UFR Pharmacie

Nom du Responsable de la formation et de la Secrétaire pédagogique :

Avez-vous un stage à effectuer au cours de votre formation ? OUI ☐ NON ☐

Souhaitez-vous être accompagné par le Service Handicap dans vos démarches pour votre stage ? OUI ☐ NON ☐

Si oui, pouvez-vous nous préciser la période du ou des stages :

Vivez-vous seul ? OUI ☐ NON ☐ Si oui, bénéficiez-vous d'un logement Crous ? OUI ☐ NON ☐

Êtes-vous boursier ? OUI ☐ NON ☐

MDPH

Nature du handicap
(facultatif)

Avez-vous recours à un mode de transport adapté ? OUI ☐ NON ☐ Si oui, lequel ?

Avez-vous un dossier à la MDPH ? OUI ☐ NON ☐ En cours ☐ Si oui, dans quel département :

Avez-vous une Reconnaissance en tant que Travailleur Handicapé (RQTH) ? OUI ☐ NON ☐

Bénéficiez-vous d'une PCH (Prestation de Compensation du Handicap) ? OUI ☐ NON ☐

Bénéficiez-vous d'une AAH : OUI ☐ NON ☐ Avez-vous une carte d'invalidité ? OUI ☐ NON ☐

Bénéficiez-vous d'un accompagnement par :

☐ Un médecin agréé MDPH ☐ Un établissement agréé MDPH ☐ Un professionnel ou un établissement non agréé MDPH

Avez-vous des demandes spécifiques ?

Date et signature de l'étudiant :

