



Année Universitaire:/.....

Demande de retrait d'inscription

Nom et prénom :	
CIN :	* *
Classe et spécialité :	
N° de Téléphone :	
Raisons de santé	
Raisons personnelles	
Date :/...../.....
Signature :	
Avis du responsable universitaire :	

Les documents demandés:

- L'originales de l'attestation d'inscription et carte d'étudiant.
- Une copie de carte d'identité Nationale
- Certificat médical confidentiel si la raison est « **Raisons de santé** »

Remarque:

- La date limite est 31 décembre de l'année universitaire