

Engagement

Je, soussigné (e)

Nom et prénom :

Numéro de la CNI :

Numéro du CNE / Massar :

Résidant à :

M'engage à être assidu (e) à l'ensemble des cours et des enseignements prévus au niveau du Master en "Qualité du médicament".

Au -delà de trois absences non justifiées, j'accepte de faire l'objet des mesures disciplinaires qui en découlent, à savoir l'exclusion définitive du Master.

Lu et approuvé le :