

**MASTER 2 PROFESSIONNEL**  
**Coordonnateur du Parcours de Soins (C.P.S.)**

**Année universitaire 2020/2021**

**FORMULAIRE DE RÉINSCRIPTION**

Numéro d'Étudiant	
Numéro CVEC	
Nom	
Prénom	
Date de Naissance	

Adresse : .....

.....

.....

.....

.....

Téléphone	
Mail	

<b>Assurance Responsabilité Civile</b> Nom : Numéro :	
---	--

Toulouse le, .....

Signature :

**Voir sur le site la liste des pièces à joindre à la présente fiche**  
**Tout dossier incomplet sera retourné**

**DOSSIER A ENVOYER PAR VOIE POSTALE A :**  
**Faculté de Médecine TOULOUSE RANGUEIL**  
**Service 3<sup>ème</sup> cycle/ Master 1**  
**133 route de Narbonne 31062 TOULOUSE Cedex 9**