RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION

Date de réception de dossier : _____ Date de concours _____ Année universitaire : _____

Appréciations et commentaires : _____

_____

FACULTÉ DE MEDECINE
UNIVERSITÉ PRIVÉE DE MARRAKECH

DOSSIER DE CANDIDATURE

N°: _____

PHOTO

ETAT CIVIL ☐ Melle / Mme ☐ M.

Nom		Prénom			
Date de naissance		Lieu de naissance		Nationalité	
Adresse					
Code postal		Ville et pays			
Téléphone Portable					
Email					

COORDONNÉES DES PARENTS / TUTEUR

PÈRE / TUTEUR

Nom	
Prénom	
Tél. Portable	
Tél. Fixe	
E-mail	
Profession	
Adresse	

MÈRE

Nom	
Prénom	
Tél. Portable	
Tél. Fixe	
E-mail	
Profession	
Adresse	

ORIENTATION DE FORMATION

Intitulé du programme souhaité : _____

FORMATIONS – *Établissements fréquentés au cours des 3 dernières années*

Cocher le type de baccalauréat obtenu

☐ Baccalauréat national ☐ Baccalauréat étranger préparé au Maroc ☐ Baccalauréat étranger

Année	Classe	Établissement - Nom et ville

NOTES DU BACCALAURÉAT

	Note	Mention
Régional		
National		

CONNAISSANCES LINGUISTIQUES

Langue maternelle : _____

Langue 1 : _____ ☐ Parlé ☐ Lu ☐ Écrit

Langue 2 : _____ ☐ Parlé ☐ Lu ☐ Écrit

Langue 3 : _____ ☐ Parlé ☐ Lu ☐ Écrit

MOTIVATION ET PROJET PROFESSIONNEL

Motivations de la candidature _____

Centre d'intérêts extra-scolaires _____

Projet professionnel _____

Traits de personnalité

Points forts	Points faibles

PIÈCES OBLIGATOIRES À JOINDRE AU DOSSIER

- ☐ Demande manuscrite du candidat adressée au Président de l'Université Privée de Marrakech
- ☐ 2 copies certifiées conformes du Baccalauréat
- ☐ 2 copies certifiées conformes des relevés de notes du baccalauréat
- ☐ 1 copie certifiée conforme de la carte nationale d'identité
- ☐ Un certificat médical d'aptitude physique
- ☐ Frais de dossier 1500 dhs (non remboursables)

Date : _____ Fait à : _____ Signature _____

km 13, Route d'Amizmiz 42312 - Marrakech
Tél: + 212 (0)5 24 48 70 00/05 - Fax: +212 (0) 5 24 48 38 49
Email: admission@upm.ac.ma - medecine@upm.ac.ma