



Faculté
de Médecine
Aix-Marseille Université

ATTESTATION

Je soussigné(e), M.....autorise mon enfant mineur

Nom :

Prénom :

à s'inscrire en PACES (Première Année Commune aux Etudes de Santé) pour l'année
universitaire 2016-2017

Fait à Marseille, le.....