Année universitaire 2026-2027

Faculté de Santé Sorbonne Université
91 boulevard de l'Hôpital
75013 Paris
medecine-dfs-pass@sorbonne-universite.fr

DÉCLARATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné(e) ☐ Madame ☐ Monsieur

Votre nom : ……

Votre prénom : ……

Votre adresse complète : ……

Code postal |_|_|_|_|_| Ville ……

Déclare sur l'honneur l'exactitude des informations portées ci-dessous :

☐ **N'avoir jamais été inscrit(e) en PASS ou PACES Adaptée ou PACES ou PCEM1 ou en pharmacie en France**

☐ **Avoir déjà été inscrit(e) en PASS ou PACES Adaptée ou PACES ou PCEM1 ou en pharmacie en France :**

Université : …… Année : ……

et avoir pris connaissance des sanctions encourues par l'auteur d'une fausse déclaration.
(Article 441-7 du code pénal)

Fait à …… Le ……

Signature