CERTIFICAT D'UNIVERSITÉ **MÉDECINE SCOLAIRE PSE**

Novembre 2026 à juin 2027

ULB UNIVERSITÉ LIBRE DE BRUXELLES

ULB FACULTÉ DE MÉDECINE

DMG

Formulaire d'admission

Merci de retourner par voie électronique le formulaire ci-joint dûment complété à Dominika Kolosowska (dmgulb@ulb.be)

DATE DE SOUMISSION

☐☐ / ☐☐ / ☐☐

INFORMATIONS PERSONNELLES

Nom

Prénom

Autres prénoms

Date de naissance ☐☐ / ☐☐ / ☐☐

Nationalité

Numéro national

État civil

Genre

Téléphone

E-mail

Profession

N° INAMI

ADRESSE LÉGALE

☐ Même adresse de facturation

Rue, numéro

Ville

Province

Code postal

Pays

Si facturation, merci de renseigner le numéro d'entreprise/TVA

Adresse de facturation

COORDINATION ULB

Campus Erasme – Bâtiment J
Route de Lennik, 808 - CP 612
1070 Bruxelles
Tél.: +32 498 38 04 33
E-mail : dmgulb@ulb.be ou anne-marie.offermans@ulb.be

Signature

NOUS VOUS REMERCIONS POUR VOTRE CANDIDATURE