



FACULTÉ  
D'ODONTOLOGIE  
Université de Montpellier

## Formulaire de demande de transfert au titre de l'année universitaire 2026 / 2027

Je soussigné(e)

Nom : ..... Prénom : .....

né(e) le ...../...../..... à (ville et département) : .....

Inscrit (e) actuellement en ☐ DFGSO2 ☐ DFGSO3 ☐ DFASO1 ☐ DFASO2  
à l'UFR d'Odontologie de :

(adresse postale complète de l'UFR d'origine) : .....

.....

.....

Sollicite un transfert en ☐ DFGSO3 ☐ DFASO1 ☐ DFASO2 ☐ DFTCC

Vers l'UFR d'Odontologie de l'Université de Montpellier, à compter de l'année universitaire 2026/2027.

J'ai bien noté que mon transfert est soumis notamment à des compatibilités pédagogiques entre les programmes des deux UFR, qu'il ne pourra s'effectuer que sur avis favorable de mon UFR d'origine, de la commission de transferts de l'UFR d'Odontologie de l'Université de Montpellier et à condition d'avoir obtenu la totalité des examens de la présente année d'étude à la première session.

Je m'engage à vous adresser ces résultats dès publication, ainsi que tous les documents demandés par le service de scolarité de l'UFR d'Odontologie de l'Université de Montpellier.

A ....., le..... / ..... / 2026

Signature de l'étudiant(e) :