

**DIPLOME INTER-UNIVERSITAIRE  
D'ETHIQUE MEDICALE**

*Fiche de pré-inscription*

NOM : ..... Prénom : .....  
Date et lieu de naissance : .....  
Adresse privée : .....  
..... Tél : .....  
portable : ..... e-mail : .....  
Adresse professionnelle : .....  
..... Tél : .....

*Diplômes d'Etat*

.....

*Nature de l'exercice professionnel actuel*

.....

*Désignation et adresse de l'employeur*

.....  
.....

*Evoquez le motif et les préoccupations éthique principales qui vous amènent à envisager une inscription*

.....  
.....  
.....  
.....

*Après consultation du programme, quels sont les thèmes qui suscitent le plus grand intérêt pour vous ?*

.....  
.....  
.....  
.....

*Fiche de pré-inscription à retourner :*

Professeur **X. DUCROCQ** - Secrétariat Madame **Ch. PELLETIER** – Département d’Ethique Médicale  
Faculté de Médecine – 9, avenue de la Forêt de Haye – 54505 – VANDŒUVRE Cedex  
Tél Faculté : 03.83.68.36.12 – CHU : 03.83.85.16.56  
e-mail : christiane.pelletier@medecine.uhp-nancy.fr

**avant le 1er octobre 2007**

**Il s'agit d'une fiche de pré-inscription, l'inscription définitive est à faire par l'étudiant auprès des services de la Faculté de Médecine de NANCY avant le 1er novembre**