UNIVERSITÉ DE LA RÉUNION

Année Universitaire ……. / …….

FACULTE DES SCIENCES ET TECHNOLOGIES
15 Avenue René Cassin
B.P. 7151
97715 SAINT-DENIS MESSAG CEDEX 9

Téléphone N°:02. 62. 93.81.65
Télécopie N° : 02.62. 93.81.66

FILIERE : ……..

DEMANDE DE REGIME SPECIAL

N° Etudiant : ……

Nom : …… **Nom de jeune fille** : ……

Prénoms (*Souligner le prénom usuel*) : ……..

Date et lieu de naissance : ……..

Adresse : ……..…
……...

Première inscription **Redoublant**

Motif de la demande (1) :

Etudiant salarié

Cette demande doit être motivée par des activités professionnelles dont l'étudiant devra apporter un justificatif ***(contrat de travail d'au moins 3 mois)***. Le contrat de moins de 17h30 hebdomadaire ne donne pas droit au régime de dispense totale d'assiduité.

Etudiant chargé de famille. *Il est obligatoire de justifier de sa filiation* Femme enceinte

Etudiant justifiant d'un mandat électif/entrepreneur Etudiant en plusieurs cursus de formation

Etudiant sportif de haut niveau/artiste professionnel

Fait à ……., le …….

Signature de l'étudiant(e)

Avis et signature du responsable pédagogique :
Favorable **Défavorable**

Avis et signature du doyen :
Favorable **Défavorable**

(1)Cocher la case correspondant à votre situation