كلية الطب والصيدلة - أكادير
ⵜⴰⵖⵉⵡⴰⵏⵜ ⵏ ⵜⵙⵏⵉⵏⵏⵉⵜ ⴷ ⵜⵙⴰⵙⵓⵔⵜ – ⴰⴳⴰⴷⵉⵔ.
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE D'AGADIR

ENGAGEMENT

Je, soussigné (e)

Nom et prénom : ……

Numéro de la CIN: ……

Numéro du CNE / Massar : ……

Né le : …….

Résidant à : …….

M'engage sur l'honneur d'assister régulièrement et à plein temps à l'ensemble des cours et des enseignements prévus au **Master de Biotechnologie Médicale**.

M'engage également à respecter le règlement interne de l'établissement et le descriptif pédagogique de la filière.

Au –delà de trois absences par semestre, j'accepte de faire l'objet des mesures disciplinaires qui en découlent, à savoir **l'exclusion définitive du Master.**

Lu et approuvé le :