



Faculté de Médecine Sorbonne Université  
91 boulevard de l'Hôpital  
75013 Paris  
[medecine-dfs-pass@sorbonne-universite.fr](mailto:medecine-dfs-pass@sorbonne-universite.fr)

## DÉCLARATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné(e)       Madame       Monsieur

Votre nom : .....

Votre prénom : .....

Votre adresse complète : .....

Code postal    

|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|

    Ville .....

Déclare sur l'honneur l'exactitude des informations portées ci-dessous :

**N'avoir jamais été inscrit(e) en PASS ou PACES Adaptée ou PACES ou PCEM1 ou en pharmacie en France**

**Avoir déjà été inscrit(e) en PASS ou PACES Adaptée ou PACES ou PCEM1 ou en pharmacie en France :**

Université : ..... Année : .....

et avoir pris connaissance des sanctions encourues par l'auteur d'une fausse déclaration.  
(Article 441-7 du code pénal)

Fait à ..... Le .....

Signature