

## Bulletin de pré-inscription 2025-2026

J'envisage de choisir la ou les spécialités :

Médecine  Maïeutique (Sage-femme)  Odontologie (Dentaire)  Pharmacie  Kiné

NOM : ..... Prénom : .....  
Né(e) le : ..... Nationalité : .....  
Adresse : .....  
..... Portable : .....  
C.P. : ..... Ville : ..... Mail : .....

Adresse des parents : .....  
C.P. : ..... Ville : ..... Tél : .....  
Profession du père : ..... Profession de la mère : .....

Etablissement fréquenté en terminale : ..... Ville : .....  
Spécialités au Baccalauréat: ..... Mention (si déjà obtenue) : ..... Année : .....  
En cas d'études supérieures, précisez leurs natures : .....  
Avez-vous suivi un soutien pour l'année 2022-2023 ?  Oui  Non. Si oui, lequel ?  
.....  
Comment avez-vous appris l'existence de nos cours ? .....

Inscriptions envisagées à la Faculté en 2023-24 :  PASS  L.AS  
Mode de règlement choisi lors de l'inscription :  Comptant  Echelonné

Ayant pris connaissance des conditions de préparation (nature et contenu des disciplines étudiées), des tarifs et des modalités de règlement, je souhaite que mon dossier soit étudié et déclare me pré-inscrire à la (aux) préparation(s) ci-dessus. Je joins à cette pré-inscription 1 photo d'identité récente (non scannée) 5 timbres lettre prioritaire 20g et les photocopies de mes bulletins de notes de Première et ceux de Terminale en ma possession au moment de cette pré-inscription.

Au choix :

- Je verse ci-joint la somme de 300 € (à l'ordre de Concours Sup) correspondant à un acompte à valoir sur le règlement total. Cet acompte est remboursable uniquement en cas d'échec au baccalauréat ou de non-acceptation sur Parcoursup en PASS ou L.AS.
- Je déclare avoir pris connaissance sur notre site internet des modalités d'inscription et des conditions d'annulation.

Fait à ....., le .....  
Signature(s) précédée(s) de la mention 'lu et approuvé' (parents si mineur)

---

## LOIRE & ORLÉANS en SANTÉ

Bulletin de pré-inscription 2025-2026

*J'envisage de choisir la ou les spécialités:*

NOM:

Médecine

Né(e) le :

Maïeutique (Sage-femme) Odontologie (Dentaire) Pharmacie

Prénom : Nationalité :

Adresse :

C.P...

Portable :

Ville :

Mail:

Adresse des parents :

C.P.....

..... Ville

Profession du père :

Etablissement fréquenté en terminale

Spécialités au Baccalauréat:

Tél :

Profession de la mère :

Ville :

Mention (si déjà obtenue).....

Année :

En cas d'études supérieures, précisez leurs natures : Avez-vous suivi un soutien pour l'année 2022-2023? Oui Non.  
Si oui, lequel?

Comment avez-vous appris l'existence de nos cours?

Kiné

Inscriptions envisagées à la Faculté en 2023-24:

Mode de règlement choisi lors de l'inscription :

PASS

L.AS

Comptant

Echelonné

Ayant pris connaissance des conditions de préparation (nature et contenu des disciplines étudiées), des tarifs et des modalités de règlement, je souhaite que mon dossier soit étudié et déclare me pré-inscrire à la (aux) préparation(s) ci-dessus. Je joins à cette pré-inscription 1 photo d'identité récente (non scannée) 5 timbres lettre prioritaire 20get les photocopies de mes bulletins de notes de Première et ceux de Terminale en ma possession au moment de cette pré-inscription. en ma possession au moment de cette pré-inscription.

Au choix :

Je verse ci-joint la somme de 300 € (à l'ordre de Concours Sup) correspondant à un acompte à valoir sur le règlement total. Cet acompte est remboursable uniquement en cas d'échec au baccalauréat ou de non-acceptation sur Parcoursup en PASS ou L.AS.

Je déclare avoir pris connaissance sur notre site internet des modalités d'inscription et des conditions d'annulation.

Fait à.....

....., le.....

Signature(s) précédée(s) de la mention 'lu et approuvé' (parents si mineur)

**LOIRE & ORLÉANS en SANTÉ**

Tél.: 06 16 82 23 44

**Mail: [contact@loire-orleans-sante.fr](mailto:contact@loire-orleans-sante.fr)**

• Siège social: LAB'O- 1, avenue du Champs de Mars 45074 Orléans Cedex 2

Siren: 918 683 683 418 000 19