

Attestation de formation aux actes bucco-dentaires sous sédation consciente par inhalation de Meopa
ANNÉE UNIVERSITAIRE 2026-2027

ETAT CIVIL

NOM Date de naissance :

NOM (nom de naissance) Lieu de naissance :

Prénoms

N° Sécurité Sociale : | | | | | | | | | | | | | | | Nationalité :

Adresse personnelle :

Adresse professionnelle :

Téléphone personnel : | | | | | | | | | | Téléphone professionnel : | | | | | | | | | |

Adresse mail :

PIECES A JOINDRE AU DOSSIER

Selon la situation :

- ☐ Copie du diplôme d'Etat de docteur en Chirurgie Dentaire ou titre équivalent.
- ☐ Copie du diplôme d'Etat de docteur en Médecine.
- ☐ Copie du brevet technique des métiers, brevet professionnel ou équivalent.

Pour tous les candidats :

- ☐ Un curriculum vitae, une lettre de motivation.
- ☐ Copie pièce d'identité

Pour les étudiants étrangers :

- ✓ Maîtriser le français (bien comprendre et écrire le français).

Date et signature du candidat

RETOUR DU DOSSIER AU PLUS TARD 15 FEVRIER 2027

Faculté de chirurgie dentaire

Scolarité 3^{ème} cycle – Formation Continue

1 Place Alexis Ricordeau – BP 84215 - 44042 NANTES Cedex 1

Téléphone 02 40 41 29 38

Odontologie.3emeCycle@univ-nantes.fr