

**Formulaire à compléter et à envoyer à [contact@medicalrennes.fr](mailto:contact@medicalrennes.fr) ou par lettre recommandée avec AR à l'adresse de l'établissement.**

Médical Rennes  
11, rue de l'Arsenal  
75004 Paris

*Madame, Monsieur,*

*Je viens vers vous à la suite de mon inscription en votre établissement le \_\_/\_\_/\_\_\_\_ effectuée :*

- a) par Internet*
- b) par courrier*
- c) dans des locaux hors de votre établissement \_\_\_\_\_ (\*) et dont vous avez accusé réception le \_\_/\_\_/\_\_\_\_*

*Mon numéro d'inscription est \_\_\_\_\_*

*Conformément à l'article L. 221-18 du code de la consommation, je vous informe que je souhaite exercer mon droit de rétractation et sollicite en conséquence ma désinscription à votre formation d'enseignement supérieur.*

*Je demande également le remboursement de mes frais d'inscription que je vous ai payé le \_\_/\_\_/\_\_\_\_*

- a) par carte bancaire*
- b) par chèque n° \_\_\_\_\_ de la banque \_\_\_\_\_ (\*\*)*

*Bien à vous*

*Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_/\_\_/\_\_\_\_*

*Signature :*

*(\*) Rayez la mention inutile et précisez le lieu de la conclusion du contrat d'inscription si c'était en dehors des lieux de l'établissement Médical Rennes.*

*(\*\*) Rayez la mention inutile et précisez le numéro de chèque et le nom de l'établissement bancaire si un chèque a été émis*