

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Ministère de l'enseignement supérieur,
de la recherche et de l'espace

Avis du 2 mars 2026

relatif au remplacement d'un membre élu du Conseil national des universités pour les disciplines de santé au titre de l'année universitaire 2025-2026 (Décret n° 87-31 du 20 janvier 1987 modifié, article 8)

Est déclaré vacant le siège suivant :

DISCIPLINES MEDICALES

1^{er} COLLEGE : **Professeurs et assimilés**

Sous-section 5405 : *Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale*

1 siège en remplacement de M. Samir HAMAMAH (fin de mandat au 31/12/2027).

Les candidatures doivent parvenir par courriel au ministère de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'espace, département des enseignants-chercheurs de santé (DGRH A2-2) à l'adresse électronique dgrh-a2.sante-election@education.gouv.fr **dans un délai de huit jours suivant la date de publication du présent avis.**

Elles seront transmises aux sections ou sous-sections concernées du Conseil national des universités pour les disciplines de santé.

Le modèle de déclaration de candidature est annexé au présent avis.

Paris, le 2 mars 2026

Pour le ministre de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'espace, et par délégation,
La cheffe du département des enseignants chercheurs de santé



Feryel KARROUCHA

Annexe I

MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR,
DE LA RECHERCHE ET DE L'ESPACE

CANDIDATURE A L'ELECTION AU CONSEIL NATIONAL DES UNIVERSITES POUR LES DISCIPLINES DE SANTE

SECTION : [][] SOUS-SECTION : [][] COLLEGE : []

Intitulé de la sous-section (pour les disciplines médicales et odontologiques exclusivement) :

.....

Intitulé de la section (pour les disciplines pharmaceutiques exclusivement) :

.....

Civilité : Madame : Monsieur :

Nom de naissance : Prénom :

Nom d'usage :

Date de naissance :

Etablissement :

.....

Adresse personnelle :

RueN°:

Code postal : Commune :

Téléphone:

Adresse électronique :

Adresse administrative :

UFR ou service hospitalier :

.....

Rue :N°:

Code postal : [][][][][][] Commune :

Téléphone :

Adresse électronique :

En cas d'élection, indiquer l'adresse où vous souhaitez recevoir tout document (cochez la case correspondant à votre choix) :

Adresse administrative

Adresse personnelle

Fait àle :

Signature :