

**Attestation**

**nom:** \_\_\_\_\_

**prénom:** \_\_\_\_\_

**date de naissance:** \_\_\_\_\_

**Lieu de naissance:** \_\_\_\_\_

étudiant/e en médecine, a effectué pendant sa dernière année d'études et dans le cadre du DCEM 4 un stage de 4 mois dans

**la discipline** \_\_\_\_\_

**de** \_\_\_\_\_ **à** \_\_\_\_\_ **à plein temps**

**nom de l'établissement hospitalier:** \_\_\_\_\_

La formation pratique a comporté les activités et spécialités suivantes:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

(écrire le cas échéant au verso, s.v.p.)

Journées d'absence: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Date, signature du médecin formateur

\_\_\_\_\_  
Tampon de l'établissement