

MINISTÈRE

DE LA SANTÉ PUBLIQUE

HÔPITAL DE .....

CERTIFICAT DE PRESENCE

Nom du stagiaire : ..... Année.....

Faculté de médecine : .....

Lieu d'affectation : Service.....

Date de prise de fonction : .....

Date de fin de stage : .....

Nombre de journées d'absence : .....

Appréciation du Chef de Service : .....

.....

Signature :

Appréciation du Directeur de l'Etablissement : .....

.....

Signature :