



SERVICES DE SCOLARITE  
- UNITE DES STAGES HOSPITALIERS -

A l'étudiant(e) : .....

CNE : .....

Niveau d'étude : .....

## *Autorisation de stage*

Suite à votre demande datée du ..... qui a obtenu les avis favorables nécessaires, je soussigne **Pr IBRAHIMI SIDI ADIL**, Doyen de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Fès, vous autorise à effectuer un stage en ..... à / au ..... du ..... au .....

Vous devez **impérativement** faire parvenir à la fin de votre stage, au service de scolarité, la fiche de validation de votre stage, dûment signée.

**Pr IBRAHIMI Sidi Adil**  
Doyen de la Faculté de Médecine  
et de Pharmacie de Fès