



Université Sidi Mohamed Ben Abdellah Faculté de Médecine et de Pharmacie de Fès

Demande de transfert de Stage

Service de Scolarité - Unité stages hospitaliers

ETUDIANTE / ETUDIANT

Fès le : / /

Nom : [] _____

Prénom : [] _____

Sexe : Masculin Féminin

Niveau d'étude : [] _____

CNE : [] _____

Pays d'origine: [] _____

Coordonnées

Adresse postale: [] _____

Adresse électronique: [] _____

Numéro de téléphone: [] _____

INFORMATIONS CONCERNANT LE STAGE:

Service / Lieu de stage : [] _____ / _____

Veillez indiquer le service et le CHU.

Période du stage :

Date de début: [] / [] / [] Date de fin: [] / [] / []

RAISONS INVOQUEES / DOCUMENTS REMIS AVEC LA DEMANDE

[] _____

Signature étudiant

Date de dépôt au service de scolarité : [] / /

Avis du Doyen

Avis du Chef de service
de CHU d'origine

Avis du Chef de service
de CHU d'accueil

NB : l'étudiant doit **déposer la demande** de transfert de stage **au moins 10 jours** avant le début de chaque période.