

pour les étudiant·e·s en médecine humaine

NPA : Localité/canton :

certifie par la présente que

né.e le _____ a accompli dans cet établissement _____

du : au :

le stage de soins aux malades d'une durée de 4 semaines, sans interruption, à plein temps.

Les tâches suivantes ont été effectuées :

Timbre de l'établissement et signature