................................................ ................................................

 *Tampon et signature Date et lieu*

**Les stages et la pratique clinique**

1. **Nom :**
2. **Prénom(s) :**
3. **Date de naissance :**
4. **Formation :**
5. **Niveau de formation :**
6. **Nom de l’université :**
7. **Dates de formation :**

|  |  |
| --- | --- |
|  **Stages**  |  |
| **Année** | **Lieu de stage** | **Orthopédie, traumatologie et rhumatologie** | **Neurologie** | **Cardio-respiratoire** | **Gériatrie** | **Pédiatrie** | **Autres \*** | **Total** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Total d’heures** |  |  |  |  |  |  |  |

**\*** Indiquer

1. **Pratique clinique**

|  |  |
| --- | --- |
| **Pratique clinique** | **Nombre d’heures** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| **Total d’heures** |  |