

Attestation sur la formation pratique dans l'hôpital

Bescheinigung über das Praktische Jahr

L'étudiant/étudiante en médecine Der/Die Studierende der Medizin

Nom, prénom Name, Vorname
Date de naissance Geburtsdatum
Lieu de naissance Geburtsort

a régulièrement suivi la formation sous ma supervision dans la clinique/l'hôpital, un cabinet médical ou la structure de soins ambulatoires indiquée ci-dessous. La formation a été réalisée dans le service/cabinet médical de hat regelmäßig und ordnungsgemäß an der unter meiner Leitung in der/dem unten bezeichneten Klinik/Krankenhaus, der Einrichtung der ambulanten Krankenversorgung oder der ärztlichen Praxis durchgeföhrten Ausbildung teilgenommen. Die Ausbildung erfolgte in der Abteilung/in der Praxis für

La formation a été réalisée Die Ausbildung wurde in

- à temps plein Vollzeit
 à temps partiel, pour ____ % de la durée hebdomadaire de la formation.
Teilzeit mit einem Umfang von ____ % der wöchentlichen Ausbildungszeit durchgeföhrten.

Durée de la formation Dauer der Ausbildung

du von	au bis
---------------	---------------

Périodes d'absence Fehlzeiten:

- non nein
 oui Ja du von _____ au bis _____

 L'hôpital, le cabinet médical ou l'établissement de soins ambulatoires est un hôpital d'enseignement, un cabinet d'enseignement ou un établissement de formation autorisé par l'Université de

Das Krankenhaus bzw. die Einrichtung der ambulanten Krankenversorgung oder die ärztliche Praxis ist zur Ausbildung bestimmt worden von der Universität:

- La formation a été réalisée dans un hôpital universitaire.

Die Ausbildung ist an einem Krankenhaus der Universität durchgeföhrten worden.

(Lieu Ort) _____ (Date Datum) _____

Sceau de la clinique
Siegel oder Stempel

(Signature du médecins responsables
Unterschrift der für die Ausbildung verantwortlichen Ärzte)