

DEPARTEMENT CLINIQUE

ENSV, le :

Réf. :/DC/.....

Justificatif D'absences

4^{ème} Année

5^{ème} Année

Nom :

Prénom :

Matricule :

Année Universitaire :

Groupe / Section :

Clinique :

Date (s) d'absence(s) :

Présence d'un justificatif médical

OUI

Joindre le justificatif médical
(vérifié par le médecin de l'école)

OUI

Secrétariat du département ;

Signature de l'étudiant ;