



ATTESTATION DE STAGE

Lieu d'accueil

Nom de l'établissement :

Adresse :

.....

Téléphone :/...../...../...../.....

Je soussigné(e), M/Mme

Fonction :

Atteste que,

Le stagiaire

Nom : Prénom :

Téléphone :/...../...../...../.....

Mail :

A effectué son stage dans le cadre du DIU chirurgie de l'épaule et du coude,

Stage

Date :

Durée :

Fait à :

Le :

Nom, signature et cachet