

Attestation  
Bescheinigung

sur la Formation pratique dans l'hôpital  
über die praktische Ausbildung in der Krankenanstalt

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

Nom: \_\_\_\_\_  
Name

Prénom: \_\_\_\_\_  
Vorname

Date de naissance: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

Lieu de naissance: \_\_\_\_\_  
Geburtsort

a suivi régulièrement et conforme aux règles la formation sous ma direction dans la clinique/ l'hôpital indiqué ci-après  
hat regelmäßig und ordnungsgemäß an der unter meiner Leitung in der unten bezeichneten Klinik/ Krankenanstalt durchgeführten Ausbildung teilgenommen.

La formation a eu lieu dans le service de \_\_\_\_\_  
Die Ausbildung erfolgte auf der Abteilung für

Durée de la formation du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_  
Dauer der Ausbildung von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Périodes d'absence  non  
Fehlzeit *nein*  
 oui : du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_  
*ja vom bis*

L'hôpital est autorisé à former les étudiants par l'université suivant  
Die Krankenanstalt ist zur Ausbildung bestimmt worden von der Hochschule  
\_\_\_\_\_

La formation a eu lieu dans un hôpital de l'université.  
Die Ausbildung ist an einer Krankenanstalt der Hochschule durchgeführt worden.

Lieu: \_\_\_\_\_ date: \_\_\_\_\_  
Ort Datum

nom de l'hôpital: \_\_\_\_\_  
Name der Krankenanstalt

Signature du professeur responsable \_\_\_\_\_  
Unterschrift der verantwortlichen Lehrkraft