



**RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE**

*Liberté
Égalité
Fraternité*



Direction de l'offre de soins
Pôle Ressources Humaines en Santé
Département personnel médical
Service des formations initiales médicales et
pharmaceutiques

Affaire suivie par : Service Internat
Courriel :
ars-idf-internes@ars.sante.fr

**ATTESTATION DU COORDONNATEUR
Demande de changement d'orientation**

Je soussigné(e), Professeur
Coordonnateur du D.E.S de :

Autorise M. / Mme

à suivre le cursus de ce D.E.S à compter du semestre de : novembre 202 à avril 202
mai à octobre 202

Les stages, dont celui en cours, pris en compte au titre de la nouvelle discipline / spécialité
d'affectation sont les suivants :

<u>SEMESTRE</u>	<u>ETABLISSEMENT D'AFFECTATION</u>	<u>SERVICE</u>	<u>CHEF DE SERVICE</u>
NOV / AVRIL			
MAI / OCTOBRE			
NOV / AVRIL			
MAI / OCTOBRE			

Fait à.....le

SIGNATURE DU COORDONNATEUR :