

Nous, membres de la commission locale compétente pour le DES de

Délégués par le Doyen de la Faculté de Médecine de Nantes, réunis pour nous assurer de la conformité des formations pratique et théorique validées avec les dispositions réglementaires applicables à la F.S.T. nommée ci-dessous.

Vu, la validation de la formation pratique :

1^{er} semestre :	2^{ème} semestre :
Etablissement :	Etablissement :
Service :	Service :
RTS :	RTS :

Vu, la validation de l'ensemble de la formation théorique,
Vu, les rapports et les appréciations,

Nous proposons la validation de la F.S.T. de

à **NOM** (naissance)/**Prénoms** : _____ Année ECN : _____

Fait à _____ , le _____

**Coordonnateur Local de la Commission, président
de la commission**

Pilote de la FST

Enseignant titulaire, membre de la Commission

Enseignant titulaire, membre de la Commission

**Représentant des étudiants, membre de la
Commission**

**Représentant des étudiants, membre de la
Commission**

Nantes Université