

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 <sup>er</sup> semestre :	2 <sup>ème</sup> 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 spécialité, 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**