



**Revalidation du stage**  
**5ème Année de Médecine - Année Universitaire :2023/2024**

Nom & Prénom : ..... Code Apogée : .....

Email : ..... Téléphone : .....

**Etape1 : Demande de revalidation du stage de :**

- Gynécologie - Obstétrique (44 jours)
- Neurologie -Neurochirurgie (14 jours)
- O.R.L.(14 jours)
- Ophtalmologie (14 jours)
- Psychiatrie (14 jours)
- Santé publique (14 jours)
- Urologie/Néphrologie (14 jours)

Période de revalidation du stage : du ...../...../..... au ...../...../.....

Accord et Signature du Chef de Service  
de Stage : .....

Accord et Signature du  
Doyen : .....

**Etape2 : Validation du stage (à noter par le chef de service hospitalier) :**

- Stage Validé
- Note du stage : ..... /20
- Remarque du chef de service : .....
- Date : .....

Signature du chef de service  
hospitalier :

**Etape1 – Avant de commencer le stage :**

Déposer l'accord de revalidation signé par le chef de service sur ce lien, et le format papier au service des stages.



**Etape2 - Après la fin du stage :**

Déposer la validation de votre stage sur ce lien, et le format papier au service des stages.

