 



**Journée Romande de Médecine et Sciences Forensiques**

**Mercredi 3 Juin 2015**

**UNIL, Amphimax, auditoire 410**

**NOM : …………………………………………………………………………………………**

**PRENOM : ……………………………………………………………………………………**

**ADRESSE : …………………………………………………………………………………..**

**Je participe à la réunion :**

**OUI □ NON □**

**Inscription à retourner avant le 15 mai 2015 à :**

Centre Universitaire Romand de Médecine Légale

Aline Chaupond

Chemin de la Vulliette 4

1000 Lausanne 25

Fax : 021/314.70.90

Email : aline.chaupond@chuv.ch