



**VALIDATION DES COURS-BLOCS MMed1 2022**  
**BLOC A**

A retourner à l'École de Médecine [skills@unil.ch](mailto:skills@unil.ch) en **une seule fois entre le 13 et le 20 mai 2022**

**En fonction de votre programme, il y a 1 à 4 disciplines à faire signer par bloc. Chaque discipline signe une seule fois.**

N° de groupe

**Nom / Prénom**

Discipline 1

Du

Au

Nom de l'Hôpital

**Utilisation d'un logement mis à disposition par l'hôpital\*:**

OUI / NON

*\*A remplir uniquement et obligatoirement pour les sites de La Chaux-de-Fonds, Moutier, St-Imier, Ste-Croix, Château d'Oex, Delémont et Sion*

<p><b>Nombre de jours d'absence : .....</b></p> <p><b>Travail compensatoire, si requis :</b></p> <p>Effectué le .....</p>	<p><b>Validation de la période par le médecin-cadre :</b></p> <p>OUI <input type="checkbox"/></p> <p>NON <input type="checkbox"/></p>	<p><b>Timbre* et signature du médecin cadre**</b></p> <p><small>*si pas de timbre, nom et prénom du-de la médecin cadre en majuscules</small></p> <p><small>**les signatures des médecins assistant·e·s ou chef·fe·s de clinique ne sont pas acceptées</small></p>
---	---	--

N° de groupe

**Nom / Prénom**

Discipline 2

Du

Au

Nom de l'Hôpital

**Utilisation d'un logement mis à disposition par l'hôpital\*:**

OUI / NON

*\*A remplir uniquement et obligatoirement pour les sites de La Chaux-de-Fonds, Moutier, St-Imier, Ste-Croix, Château d'Oex, Delémont et Sion*

<p><b>Nombre de jours d'absence : .....</b></p> <p><b>Travail compensatoire, si requis :</b></p> <p>Effectué le .....</p>	<p><b>Validation de la période par le médecin-cadre :</b></p> <p>OUI <input type="checkbox"/></p> <p>NON <input type="checkbox"/></p>	<p><b>Timbre* et signature du médecin cadre**</b></p> <p><small>*si pas de timbre, nom et prénom du-de la médecin cadre en majuscules</small></p> <p><small>**les signatures des médecins assistant·e·s ou chef·fe·s de clinique ne sont pas acceptées</small></p>
---	---	--





N° de groupe

---

**Nom / Prénom**

---

Discipline 3

---

Du

Au

---

Nom de l'Hôpital

---

**Utilisation d'un logement mis à disposition par l'hôpital\*:**

OUI / NON

*\*A remplir uniquement et obligatoirement pour les sites de La Chaux-de-Fonds, Moutier, St-Imier, Ste-Croix, Château d'Oex, Delémont et Sion*

<p><b>Nombre de jours d'absence : .....</b></p>  <p><b>Travail compensatoire, si requis :</b></p> <p>Effectué le .....</p>	<p><b>Validation de la période par le médecin-cadre :</b></p> <p>OUI <input type="checkbox"/></p> <p>NON <input type="checkbox"/></p>	<p><b>Timbre* et signature du médecin cadre**</b></p>   <p><small>*si pas de timbre, nom et prénom du·de la médecin cadre en majuscules</small></p> <p><small>**les signatures des médecins assistant·e·s ou chef·fe·s de clinique ne sont pas acceptées</small></p>
--	---	---

N° de groupe

---

**Nom / Prénom**

---

Discipline 4

---

Du

Au

---

Nom de l'Hôpital

---

**Utilisation d'un logement mis à disposition par l'hôpital\*:**

OUI / NON

*\*A remplir uniquement et obligatoirement pour les sites de La Chaux-de-Fonds, Moutier, St-Imier, Ste-Croix, Château d'Oex, Delémont et Sion*

<p><b>Nombre de jours d'absence : .....</b></p>  <p><b>Travail compensatoire, si requis :</b></p> <p>Effectué le .....</p>	<p><b>Validation de la période par le médecin-cadre :</b></p> <p>OUI <input type="checkbox"/></p> <p>NON <input type="checkbox"/></p>	<p><b>Timbre* et signature du médecin cadre**</b></p>   <p><small>*si pas de timbre, nom et prénom du·de la médecin cadre en majuscules</small></p> <p><small>**les signatures des médecins assistant·e·s ou chef·fe·s de clinique ne sont pas acceptées</small></p>
--	---	---



**VALIDATION DES COURS-BLOCS MMed1 2022**  
**BLOC B**

A retourner à l'École de Médecine [skills@unil.ch](mailto:skills@unil.ch) en **une seule fois entre le 24 juin et le 1<sup>er</sup> juillet 2022**

**En fonction de votre programme, il y a 1 à 4 disciplines à faire signer par bloc. Chaque discipline signe une seule fois.**

N° de groupe

**Nom / Prénom**

Discipline 1

Du

Au

Nom de l'Hôpital

**Utilisation d'un logement mis à disposition par l'hôpital\*:**

OUI / NON

*\*A remplir uniquement et obligatoirement pour les sites de La Chaux-de-Fonds, Moutier, St-Imier, Ste-Croix, Château d'Oex, Delémont et Sion*

<b>Nombre de jours d'absence : .....</b>	<b>Validation de la période par le médecin-cadre :</b>	<b>Timbre* et signature du médecin cadre**</b>
<b>Travail compensatoire, si requis :</b>	OUI <input type="checkbox"/>	*si pas de timbre, nom et prénom du-de la médecin cadre en majuscules  **les signatures des médecins assistant·e·s ou chef·fe·s de clinique ne sont pas acceptées
Effectué le .....	NON <input type="checkbox"/>	

N° de groupe

**Nom / Prénom**

Discipline 2

Du

Au

Nom de l'Hôpital

**Utilisation d'un logement mis à disposition par l'hôpital\*:**

OUI / NON

*\*A remplir uniquement et obligatoirement pour les sites de La Chaux-de-Fonds, Moutier, St-Imier, Ste-Croix, Château d'Oex, Delémont et Sion*

<b>Nombre de jours d'absence : .....</b>	<b>Validation de la période par le médecin-cadre :</b>	<b>Timbre* et signature du médecin cadre**</b>
<b>Travail compensatoire, si requis :</b>	OUI <input type="checkbox"/>	*si pas de timbre, nom et prénom du-de la médecin cadre en majuscules  **les signatures des médecins assistant·e·s ou chef·fe·s de clinique ne sont pas acceptées
Effectué le .....	NON <input type="checkbox"/>	





N° de groupe

---

**Nom / Prénom**

---

Discipline 3

---

Du

Au

---

Nom de l'Hôpital

---

**Utilisation d'un logement mis à disposition par l'hôpital\*:**

OUI / NON

*\*A remplir uniquement et obligatoirement pour les sites de La Chaux-de-Fonds, Moutier, St-Imier, Ste-Croix, Château d'Oex, Delémont et Sion*

<p><b>Nombre de jours d'absence : .....</b></p>  <p><b>Travail compensatoire, si requis :</b></p> <p>Effectué le .....</p>	<p><b>Validation de la période par le médecin-cadre :</b></p> <p>OUI <input type="checkbox"/></p> <p>NON <input type="checkbox"/></p>	<p><b>Timbre* et signature du médecin cadre**</b></p>   <p><small>*si pas de timbre, nom et prénom du·de la médecin cadre en majuscules</small></p> <p><small>**les signatures des médecins assistant·e·s ou chef·fe·s de clinique ne sont pas acceptées</small></p>
--	---	---

N° de groupe

---

**Nom / Prénom**

---

Discipline 4

---

Du

Au

---

Nom de l'Hôpital

---

**Utilisation d'un logement mis à disposition par l'hôpital\*:**

OUI / NON

*\*A remplir uniquement et obligatoirement pour les sites de La Chaux-de-Fonds, Moutier, St-Imier, Ste-Croix, Château d'Oex, Delémont et Sion*

<p><b>Nombre de jours d'absence : .....</b></p>  <p><b>Travail compensatoire, si requis :</b></p> <p>Effectué le .....</p>	<p><b>Validation de la période par le médecin-cadre :</b></p> <p>OUI <input type="checkbox"/></p> <p>NON <input type="checkbox"/></p>	<p><b>Timbre* et signature du médecin cadre**</b></p>   <p><small>*si pas de timbre, nom et prénom du·de la médecin cadre en majuscules</small></p> <p><small>**les signatures des médecins assistant·e·s ou chef·fe·s de clinique ne sont pas acceptées</small></p>
--	---	---





**VALIDATION DES COURS-BLOCS MMed1 2022  
 BLOC C**

A retourner à l'École de Médecine [skills@unil.ch](mailto:skills@unil.ch) en **une seule fois entre le 5 et le 12 août 2022**

**En fonction de votre programme, il y a 1 à 4 disciplines à faire signer par bloc. Chaque discipline signe une seule fois.**

N° de groupe

**Nom / Prénom**

Discipline 1

Du

Au

Nom de l'Hôpital

**Utilisation d'un logement mis à disposition par l'hôpital\*:**

OUI / NON

*\*A remplir uniquement et obligatoirement pour les sites de La Chaux-de-Fonds, Moutier, St-Imier, Ste-Croix, Château d'Oex, Delémont et Sion*

<p><b>Nombre de jours d'absence : .....</b></p> <p><b>Travail compensatoire, si requis :</b></p> <p>Effectué le .....</p>	<p><b>Validation de la période par le médecin-cadre :</b></p> <p>OUI <input type="checkbox"/></p> <p>NON <input type="checkbox"/></p>	<p><b>Timbre* et signature du médecin cadre**</b></p> <p><small>*si pas de timbre, nom et prénom du-de la médecin cadre en majuscules</small></p> <p><small>**les signatures des médecins assistant-e-s ou chef-fe-s de clinique ne sont pas acceptées</small></p>
---	---	--

N° de groupe

**Nom / Prénom**

Discipline 2

Du

Au

Nom de l'Hôpital

**Utilisation d'un logement mis à disposition par l'hôpital\*:**

OUI / NON

*\*A remplir uniquement et obligatoirement pour les sites de La Chaux-de-Fonds, Moutier, St-Imier, Ste-Croix, Château d'Oex, Delémont et Sion*

<p><b>Nombre de jours d'absence : .....</b></p> <p><b>Travail compensatoire, si requis :</b></p> <p>Effectué le .....</p>	<p><b>Validation de la période par le médecin-cadre :</b></p> <p>OUI <input type="checkbox"/></p> <p>NON <input type="checkbox"/></p>	<p><b>Timbre* et signature du médecin cadre**</b></p> <p><small>*si pas de timbre, nom et prénom du-de la médecin cadre en majuscules</small></p> <p><small>**les signatures des médecins assistant-e-s ou chef-fe-s de clinique ne sont pas acceptées</small></p>
---	---	--





N° de groupe

**Nom / Prénom**

Discipline 3

Du

Au

Nom de l'Hôpital

**Utilisation d'un logement mis à disposition par l'hôpital\*:** OUI / NON

*\*A remplir uniquement et obligatoirement pour les sites de La Chaux-de-Fonds, Moutier, St-Imier, Ste-Croix, Château d'Oex, Delémont et Sion*

<p><b>Nombre de jours d'absence : .....</b></p> <p><b>Travail compensatoire, si requis :</b></p> <p>Effectué le .....</p>	<p><b>Validation de la période par le médecin-cadre :</b></p> <p>OUI <input type="checkbox"/></p> <p>NON <input type="checkbox"/></p>	<p><b>Timbre* et signature du médecin cadre**</b></p> <p><small>*si pas de timbre, nom et prénom du·de la médecin cadre en majuscules</small></p> <p><small>**les signatures des médecins assistant·e·s ou chef·fe·s de clinique ne sont pas acceptées</small></p>
---	---	--

N° de groupe

**Nom / Prénom**

Discipline 4

Du

Au

Nom de l'Hôpital

**Utilisation d'un logement mis à disposition par l'hôpital\*:** OUI / NON

*\*A remplir uniquement et obligatoirement pour les sites de La Chaux-de-Fonds, Moutier, St-Imier, Ste-Croix, Château d'Oex, Delémont et Sion*

<p><b>Nombre de jours d'absence : .....</b></p> <p><b>Travail compensatoire, si requis :</b></p> <p>Effectué le .....</p>	<p><b>Validation de la période par le médecin-cadre :</b></p> <p>OUI <input type="checkbox"/></p> <p>NON <input type="checkbox"/></p>	<p><b>Timbre* et signature du médecin cadre**</b></p> <p><small>*si pas de timbre, nom et prénom du·de la médecin cadre en majuscules</small></p> <p><small>**les signatures des médecins assistant·e·s ou chef·fe·s de clinique ne sont pas acceptées</small></p>
---	---	--

