

**VALIDATION DES COURS-BLOCS MMed1 2023
 BLOC A**

A retourner à l'École de Médecine skills@unil.ch en **une seule fois entre le 12 et le 19 mai 2023**

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>Nombre de jours d'absence :</p> <p>Travail compensatoire, si requis :</p> <p>Effectué le</p>	<p>Validation de la période par le médecin-cadre :</p> <p>OUI <input type="checkbox"/></p> <p>NON <input type="checkbox"/></p>	<p>Timbre* et signature du médecin cadre**</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>Nombre de jours d'absence :</p> <p>Travail compensatoire, si requis :</p> <p>Effectué le</p>	<p>Validation de la période par le médecin-cadre :</p> <p>OUI <input type="checkbox"/></p> <p>NON <input type="checkbox"/></p>	<p>Timbre* et signature du médecin cadre**</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>Nombre de jours d'absence :</p> <p>Travail compensatoire, si requis :</p> <p>Effectué le</p>	<p>Validation de la période par le médecin-cadre :</p> <p>OUI <input type="checkbox"/></p> <p>NON <input type="checkbox"/></p>	<p>Timbre* et signature du médecin cadre**</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>Nombre de jours d'absence :</p> <p>Travail compensatoire, si requis :</p> <p>Effectué le</p>	<p>Validation de la période par le médecin-cadre :</p> <p>OUI <input type="checkbox"/></p> <p>NON <input type="checkbox"/></p>	<p>Timbre* et signature du médecin cadre**</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 2023
 BLOC B**

A retourner à l'École de Médecine skills@unil.ch en **une seule fois entre le 23 juin et le 30 juin 2023**

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>Nombre de jours d'absence :</p> <p>Travail compensatoire, si requis :</p> <p>Effectué le</p>	<p>Validation de la période par le médecin-cadre :</p> <p>OUI <input type="checkbox"/></p> <p>NON <input type="checkbox"/></p>	<p>Timbre* et signature du médecin cadre**</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>Nombre de jours d'absence :</p> <p>Travail compensatoire, si requis :</p> <p>Effectué le</p>	<p>Validation de la période par le médecin-cadre :</p> <p>OUI <input type="checkbox"/></p> <p>NON <input type="checkbox"/></p>	<p>Timbre* et signature du médecin cadre**</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>Nombre de jours d'absence :</p> <p>Travail compensatoire, si requis :</p> <p>Effectué le</p>	<p>Validation de la période par le médecin-cadre :</p> <p>OUI <input type="checkbox"/></p> <p>NON <input type="checkbox"/></p>	<p>Timbre* et signature du médecin cadre**</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>Nombre de jours d'absence :</p> <p>Travail compensatoire, si requis :</p> <p>Effectué le</p>	<p>Validation de la période par le médecin-cadre :</p> <p>OUI <input type="checkbox"/></p> <p>NON <input type="checkbox"/></p>	<p>Timbre* et signature du médecin cadre**</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 2023
 BLOC C**

A retourner à l'École de Médecine skills@unil.ch en **une seule fois entre le 4 et le 9 août 2023**

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*

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

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*

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





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>Nombre de jours d'absence :</p> <p>Travail compensatoire, si requis :</p> <p>Effectué le</p>	<p>Validation de la période par le médecin-cadre :</p> <p>OUI <input type="checkbox"/></p> <p>NON <input type="checkbox"/></p>	<p>Timbre* et signature du médecin cadre**</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>Nombre de jours d'absence :</p> <p>Travail compensatoire, si requis :</p> <p>Effectué le</p>	<p>Validation de la période par le médecin-cadre :</p> <p>OUI <input type="checkbox"/></p> <p>NON <input type="checkbox"/></p>	<p>Timbre* et signature du médecin cadre**</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>
---	---	--

