



UNIL | Université de Lausanne  
 École de médecine  
 Unité des compétences cliniques  
 Rue du Bugnon 21  
 CH-1011 Lausanne

**VALIDATION DES COURS-BLOCS MMed1 2021**  
**BLOCS A et B**

A retourner à l'École de Médecine [skills@unil.ch](mailto:skills@unil.ch) au plus tard dans les 5 jours qui suivent la fin du 2e bloc

**Nom/Prénom** .....

**Bloc A** du ..... au .....

**Discipline :** .....

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

\*\*\*\*\*

**Bloc B** du ..... au .....

**Discipline :** .....

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





UNIL | Université de Lausanne  
 École de médecine  
 Unité des compétences cliniques  
 Rue du Bugnon 21  
 CH-1011 Lausanne

**VALIDATION DES COURS-BLOCS MMed1 2021  
 BLOCS C et D**

A retourner à l'École de Médecine [skills@unil.ch](mailto:skills@unil.ch) au plus tard dans les 5 jours qui suivent la fin du 2e bloc

**Nom/Prénom** .....

**Bloc C** du ..... au .....

**Discipline :** .....

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

\*\*\*\*\*

**Bloc D** du ..... au .....

**Discipline :** .....

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





UNIL | Université de Lausanne  
 École de médecine  
 Unité des compétences cliniques  
 Rue du Bugnon 21  
 CH-1011 Lausanne

**VALIDATION DES COURS-BLOCS MMed1 2021**  
**BLOCS E et F**  
*A retourner à l'École de Médecine [skills@unil.ch](mailto:skills@unil.ch) au plus tard dans les 5 jours qui suivent la fin du 2e bloc*

**Nom/Prénom** .....

**Bloc E** du ..... au .....

**Discipline :** .....

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

\*\*\*\*\*

**Bloc F** du ..... au .....

**Discipline :** .....

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





UNIL | Université de Lausanne  
 École de médecine  
 Unité des compétences cliniques  
 Rue du Bugnon 21  
 CH-1011 Lausanne

**VALIDATION DES COURS-BLOCS MMed1 2021**  
**Bloc avec OPTIONS**  
*A retourner à l'École de Médecine [skills@unil.ch](mailto:skills@unil.ch) au plus tard dans les 5 jours qui suivent la fin du bloc*

**Nom/Prénom** .....

**Dates** du ..... au .....

**Discipline :** .....

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

\*\*\*\*\*

**Dates** du ..... au .....

**Discipline :** .....

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

