



# Relevé des terrains et heures d'enseignement clinique

Classe :

Nom Prénom \_\_\_\_\_

Matricule \_\_\_\_\_

Centre de Formation \_\_\_\_\_

Institution : \_\_\_\_\_

du ..... au .....

Unité/ Etage .....

Spécialité(s) .....

Jour semaine	Lu	Ma	Me	Je	Ve	Sa	Di	Lu	Ma	Me	Je	Ve	Sa	Di	Lu	Ma	Me	Je	Ve	Sa	Di	
Date																						
Horaire																						
Heures prestées																						

Signature du responsable du terrain: \_\_\_\_\_

Signature de l'élève: \_\_\_\_\_

Total des heures \_\_\_\_\_

Institution : \_\_\_\_\_

du ..... au .....

Unité/ Etage .....

Spécialité(s) .....

Jour semaine	Lu	Ma	Me	Je	Ve	Sa	Di	Lu	Ma	Me	Je	Ve	Sa	Di	Lu	Ma	Me	Je	Ve	Sa	Di	
Date																						
Horaire																						
Heures prestées																						

Signature du responsable du terrain: \_\_\_\_\_

Signature de l'élève: \_\_\_\_\_

Total des heures \_\_\_\_\_