



## ATTESTATION DE STAGE

### Lieu d'accueil

Nom de l'établissement : .....

Adresse : .....

..... Téléphone : ...../...../...../...../.....

Je soussigné(e), M./Mme .....

Fonction : .....

Atteste que,

### Le stagiaire

Nom : ..... Prénom : .....

Mail : .....

Université d'inscription du DIU : .....

A effectué son stage dans le cadre du DIU chirurgie de l'épaule et du coude,

### Stage

Date : .....

1 jour

3 jours

2 jours

4 jours

Autre : .....

Fait à :

Le :

**Cachet et signature**