Examens de Médecine tropicale

Université de Bordeaux – Service de Médecine Tropicale / Centre René Labusquière (CRL)

PROCES VERBAL concernant le Centre d'Accueil

Surveillant de l'épreuve .....
.....
.....
.....
.....

Merci d'Indiquer : NOM, Prénom, Etablissement, Adresse postale et adresse Mél, Tél

Enseignement
- ☐ CAPACITE de Médecine tropicale - composition de 2 heures 30 - Sujets 1, 2 et 3
- ☐ DIU Santé et Tropiques, Médecine et Hygiène Tropicales - composition de 2 heures - Sujets 1 et 2
- ☐ DU Médecine tropicale dans les pays de l'océan indien - composition de 2 heures – Sujets 1 et 2

Session ☐ Session 1 ☐ Session 2 **Date** .....

Lieu de l'épreuve .....
.....
.....
.....
.....

si différent de l'adresse notée ci-dessus

REGISTRE DES PRESENCES

Noms des candidats	Heures d'entrée et de sortie	Signatures des candidats ou Absences
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....

PROCES VERBAL de l'épreuve

1. **Etaient présents** ..... candidats sur les ..... attendus dans ce Centre d'Accueil.
2. **Etaient absents** (NOM, Prénom)
.....
.....
3. **Incidents**
.....
.....
.....
.....
.....

A ....., le.....
Signature du Surveillant / Directeur

Merci de **remettre** le **présent procès verbal** ainsi que les **copies d'examen de vos candidats**
à Madame Relexans, Gestionnaire de nos formations à la Scolarité 3ème Cycle de l'Université de Bordeaux
eva.relexans@u-bordeaux.fr Tél. 0033 557 571 385