

Examen de Médecine tropicale

Université de Bordeaux - Centre René Labusquière

PROCES VERBAL

Surveillant de l'épreuve

.....

.....

.....

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

- 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 30 - Sujets 1, 2 et 3
 - 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 inscrits.
 - 2. **Etaient absents** (NOM, Prénom)
 - 3. **Incidents**
 -
 -
 -
 -
 -
 -
 -
 -
 -
- A, le
- Signature du Surveillant / Directeur