

## ***ATTESTATION***

Je soussigné (e) Nom ..... Prénom .....

Pharmacien d'officine Rue..... N°.....

Code Postal ..... Ville ..... Tél. ....

Adresse électronique .....

Déclare accepter comme stagiaire M, Mlle .....

Etudiant (e) en sixième année à la Faculté de Pharmacie de Monastir, Ce stage de trois mois se déroule du ..... au .....

La présente attestation est délivrée à l'intéressé (e) sur sa demande pour être remise au service de la scolarité de la faculté.

Date .....

Signature et cachet de l'officine

**Remarque** : Veuillez accepter un seul étudiant par période de stage.