

DROIT AU REMORDS

Je soussigné (e)

Nom :

Prénom :

Année ECN :

Inscrit au D.E.S de :

Souhaite bénéficier d'un droit au remords pour une inscription au DES de :

.....

A Reims, le :

Signature de l'interne :

Coordonnateur local du DES d'origine

Le Pr

Coordonnateur local du DES d'accueil

Le Pr

Date, cachet et signature	Date, cachet et signature