Université Claude Bernard Lyon 1

DEROGATION STAGE D'INITIATION EN PHARMACIE
ANNEE UNIVERSITAIRE :

NOM : Prénom :
Adresse : Téléphone :

Etudiant à la Faculté de Pharmacie de Lyon, sollicite l'autorisation d'accomplir le stage d'initiation en pharmacie dans l'officine ci-dessous désignée :

Nom du Pharmacien :
Adresse et **mail**:

Téléphone :
Académie de :

Stage du : Au :

Ce pharmacien est-il régulièrement agréé comme Maître de Stage ? oui □ non □

LYON, le Signature de l'étudiant

JOINDRE **OBLIGATOIREMENT** UNE LETTRE DE MOTIVATION (à l'attention de Monsieur Le Directeur).

Avis du Directeur de l'Institut des Sciences Pharmaceutiques et Biologiques de LYON

AVIS : FAVORABLE □ DEFAVORABLE □

LYON, le Le Directeur

Professeur Claude DUSSART

Décision du Doyen de la Faculté de Pharmacie de la circonscription dans laquelle l'étudiant désire accomplir son stage :

AUTORISATION : ACCORDEE □ REFUSEE □

A le
Le Doyen,