



Royaume du Maroc  
Université Mohammed V-Souissi  
Faculté de Médecine et de Pharmacie de Rabat

## DEMANDE D'AGREMENT DE MAITRE DE STAGE

Je soussigné, demande mon agrément en tant que maître de stage.

Nom :

Prénom :

Adresse professionnelle :

Téléphone :

Fax :

E mail :

Nature du diplôme :

Date d'obtention :

Faculté d'origine :

Nombre d'années d'exercice :

Autres titres ou diplômes :

**Signature et cachet**