

Affaire suivie par : Mme Fatou DIALLO

**Direction de l'Offre de Soins**  
**Pôle ressources humaines en Santé**  
**Département des formations des professions de santé**  
**Service formations médicales – Gestion des internats**

Courriel : [ars-idf-professions-medicales@ars.sante.fr](mailto:ars-idf-professions-medicales@ars.sante.fr)  
[Fatou.DIALLO@ars.sante.fr](mailto:Fatou.DIALLO@ars.sante.fr)

Téléphone : 01 44 02.04.33

### ATTESTATION DU COORDONNATEUR Demande de changement d'orientation

Je soussigné(e), Professeur  
 Coordonnateur du D.E.S de :

Autorise M. / Mme

à suivre le cursus de ce D.E.S à compter du semestre de : novembre 201 à avril 201  
 mai à octobre 201

Les stages, dont celui en cours, pris en compte au titre de la nouvelle discipline / spécialité  
 d'affectation sont les suivants :

<u>SEMESTRE</u>	<u>ETABLISSEMENT D'AFFECTATION</u>	<u>SERVICE</u>	<u>CHEF DE SERVICE</u>
NOV / AVRIL			
MAI / OCTOBRE			
NOV / AVRIL			
MAI / OCTOBRE			
NOV / AVRIL			

Fait à.....le .....

SIGNATURE DU COORDONNATEUR :