

Attestation du stage d'infirmier

Zeugnis über den Krankenpflagedienst

nom, prenom _____
Name, Vorname

Date de naissance _____ lieu de naissance _____
Geburtstag Geburtsort

a effectué sous ma direction un stage infirmier dans le cadre de sa formation de
médecine dans la clinique mentionnée ci-dessous.

hat im Rahmen der ärztlichen Ausbildung in dem unten bezeichneten Krankenhaus unter meiner Leitung Krankenpflagedienst
geleistet.

Durée du stage infirmier du _____ au _____
Dauer des Krankenpflagedienstes von bis

La Format a été interrompue
Die Ausbildung ist unterbrochen worden.

non oui : du _____ au _____
nein ja von bis

Lieu, date
Ort, Datum

sceau/tampon
Siegel oder Stempel

Nom de l'institution
Name des Krankenhauses

Signature de tête de soigner de section
Unterschrift der Pflegedienstleitung