

|  |
| --- |
| **Département Santé & Environnement** |
| **Service Protection de la Santé** |

Attestation de stage pour une demande d’agrément en qualité de médecin du travail chargé de la surveillance médicale de personnes professionnellement exposées (art. 75 de l’AR du 20/07/2001)

**1. Demandeur:**

Nom: Prénom:

Lieu et date de naissance:

**2.** **Demande d’agrément:**

O classe II en III

- Nom du maître de stage académique coordinateur:

- Signature du maître de stage académique coordinateur:

O classe I O déjà agréé pour la classe II et III

O pas encore agréé pour la classe II et III

**3. Horaire de stage:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Date | Nombre d’heures | Objet | Nom du Maître de stage | Signature du maître de stage |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Durée totale du stage: heures

Date: Signature du demandeur: