# DEPARTEMENT ANESTHESIE -REANIMATION



# INSCRIPTION MEMOIRE

**PROJET DE FIN D'ETUDE (PFE)**

## Candidat étudiant

Nom :.................................................................................. Prénom ::......................................................................................

Année d'étude: ...........................Lieu de stage : ..........................................Durée prise en charge: ...............................

Téléphone : ........................................................ Adresse électronique : .......................................................................................

Adresse permanente: ................................................................................................................................................................................

 **Projet**

**Intitulé -Titre du mémoire:**

.....................................................................................................................................................................................................................................

.....................................................................................................................................................................................................................................

**Approbation du président de la commission**

**et du Directeur de l'école**

 (Nom , cachet, date et signature)

**Approbation et autorisation**

**du ou des encadreurs directeurs de mémoire**

 (Nom , cachet, date et signature)

**Problèmatiques:**

.....................................................................................................................................................................................................................................

.....................................................................................................................................................................................................................................

**Objectifs du projet:**

.....................................................................................................................................................................................................................................

.....................................................................................................................................................................................................................................

.....................................................................................................................................................................................................................................

**Le directeur médical :**

**Le président :**

**Le directeur de l'école:**

**Le co-directeur :**