



ufr  
**SMP**

Sciences médicales & pharmaceutiques  
UNIVERSITÉ DE FRANCHE-COMTÉ



19 rue Ambroise Paré  
25030 BESANCON CEDEX

Dossier suivi par :  
Yvan Genevois  
03.63.08.22.38  
yvan.genevois@univ-fcomte.fr

### STAGE OFFICINAL

*Accompli en dehors de la circonscription de l'UFR SMP de Besançon*

\*\*\*\*

**NOM :**

**Prénom :**

**Adresse Personnelle :**

**Téléphone :**

Etudiant(e) en ..... année de Pharmacie à l'UFR SMP de Besançon, durant l'année universitaire 2016 - 2017,  
sollicite l'autorisation d'accomplir son stage dans l'officine ci-dessous désignée

**DU :**

**AU**

**Nom du Pharmacien :**

**Adresse :**

**Numéro d'agrément et date de fin d'agrément :**

**Académie de :**

**Motif invoqué :**

**Date :**

**Signature de l'étudiant**

---

**Avis du Doyen de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de BESANÇON**

**Favorable**

**Défavorable**

**BESANÇON, le**

---

**Avis du Doyen de la Faculté de Pharmacie de la circonscription dans laquelle l'étudiant(e) désire accomplir son stage :**

**Favorable**

**Défavorable**

**A**

**, le**