



CHU NANTES
POLE ODONTOLOGIE

REPLACEMENT DE M. _____

MOTIF : _____

Semaine du _____ au _____

	8h à 9h	9h à 12h	12h à 13h	13h à 14h	14h à 17h	17h à 20h
lundi						
mardi						
mercredi						
jeudi						
vendredi						

Votre remplaçant doit signer pour chaque vacation que vous ne pouvez assurer et faire précéder sa signature de son nom lisible
Indiquez l'intitulé des cours et travaux reportés
L'autorisation n'est effective qu'après notification du Doyen de la Faculté et du Directeur de Pôle