# **Attestation : diplôme professionnel en médecine vétérinaire délivré dans le cadre d’un programme enseigné en anglais ou en français**

*Doyen(ne) ou autre responsable de l’université ou de l’école UNIQUEMENT : Veuillez remplir le formulaire en anglais et le renvoyer par courriel au BNE à :*

***neb-bne@cvma-acmv.org***

Nom du candidat/de la candidate : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Numéro d’identification de candidat(e) du BNE (le cas échéant) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

La présente certifie que le candidat/la candidate susmentionné(e) du Bureau national des examinateurs (BNE) a fréquenté l’établissement de médecine vétérinaire de *(nom de l’université ou de l’école)*

du *(date de début*) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ au *(date d’obtention du diplôme)* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Le candidat/la candidate susmentionné(e) **a obtenu** un diplôme de cet établissement lui conférant le titre de *(titre obtenu)* .

\_\_\_\_\_\_\_ Je confirme que le diplôme professionnel en médecine vétérinaire a été obtenu dans le cadre d’un programme enseigné **intégralement** en anglais ou en français.

*Initiales*

\_\_\_\_\_\_\_ Je confirme que le candidat/la candidate susmentionné(e) a suivi le programme d’études vétérinaires en anglais ou en français **pendant toute la durée** des études qui ont mené à l’obtention de son diplôme professionnel en médecine vétérinaire.

*Initiales*

(TAMPON/SCEAU)

**Doyen(ne) ou autre responsable de l’université ou de l’école :**

Nom complet : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Titre : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Date *(jj/mm/aaaa*) : *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

