

**Diplôme Inter-Universitaire de Pneumologie Pédiatrique**

**1<sup>ère</sup> année**

**Fiche de renseignements**

NOM :

Prénom :

Adresse

Code Postal :

Ville :

Téléphone domicile :

Téléphone Portable :


Fax :

E.mail :

Maître de Stage (nom et coordonnées) :

**A retourner avec l'accord écrit du maître de stage et un CV court**

Service de Pneumologie – Centre de l'Asthme et des Allergies du PR J. JUST  
Hôpital d'Enfants A. TROUSSEAU – 26 av du DR A. NETTER 75571 PARIS cédex 12

 01 44 73 68 47 - Fax : 01 44 73 66 35

e.mail : [corinne.loison@trs.aphp.fr](mailto:corinne.loison@trs.aphp.fr)