

# Déclaration de participation à un examen avec certificat médical

Je (prénom, nom) \_\_\_\_\_  
déclare prendre part à l'examen de \_\_\_\_\_  
prévu le \_\_\_\_\_ quand bien même je suis en possession d'un  
certificat médical. J'accepte toutes les conséquences de ma participation. En  
aucun cas, je ne ferai valoir un certificat médical après l'examen.

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

\*\*\*

I (first & last names) \_\_\_\_\_  
declare to take part to the exam of \_\_\_\_\_ which will  
be held on \_\_\_\_\_ even though I own a medical certificate. I  
accept all consequences in my participation. In any case, I will not claim a  
medical certificate after the exam.

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

A RETOURNER **AVANT** L'EXAMEN / TO BE SENT **BEFORE** THE EXAM TO:  
[HECMasterExamen@unil.ch](mailto:HECMasterExamen@unil.ch)