

BELSO

**Par la présente, je soussigné
....., ostéopathe DO, certifie
avoir pris connaissance du règlement de stage
de la Belgian School Of Ostéopathy et
m'engage à le respecter.**

DATE:

SIGNATURE:

Coordonnées :

Maître de stage :

Nom :

Prénom :

Adresse :

Tel :

Email :

Etudiant :

Nom :

Prénom :

Adresse :

Tel :

Email :