

## Imprimé de demande de stage hospitalier

**DELAI MINIMUM D'INSTRUCTION D'UNE DEMANDE : 3 MOIS**

**Identité du demandeur** : Madame       Monsieur

<b>Nom :</b>	
<b>Prénom :</b>	
<b>Adresse :</b>	
<b>Téléphone :</b>	
<b>E-mail :</b>	
Si reconnaissance RQTH cocher la case <input type="checkbox"/>	

### Descriptif de la formation suivie actuellement

<b>Intitulé de la formation suivie faisant l'objet de la demande de stage :</b>	
<b>Année de formation (ex : 1<sup>e</sup> année de ...) :</b>	
<b>Nom de l'établissement de formation :</b>	
<b>Adresse de l'établissement de formation :</b>	
<b>Téléphone :</b>	
<b>Nom du responsable de stage dans l'établissement de formation :</b>	
<b>Téléphone :</b>	

### Descriptif du stage souhaité au CHU de Toulouse

<b>Période de stage souhaitée :</b>	du :			au :	
<b>Services ou unités souhaités :</b>					
<b>Site souhaité</b> <i>(cochez l'établissement demandé, si souhait particulier) :</i>	<input type="checkbox"/> Purpan	<input type="checkbox"/> Pierre-Paul Riquet	<input type="checkbox"/> Hôpital des Enfants		
	<input type="checkbox"/> Paule de Viguier	<input type="checkbox"/> Garonne	<input type="checkbox"/> Hôtel-Dieu		
	<input type="checkbox"/> Rangueil	<input type="checkbox"/> Larrey	<input type="checkbox"/> PREFMS		
	<input type="checkbox"/> La Grave	<input type="checkbox"/> La Fontaine Salée	<input type="checkbox"/> ONCOPOLE (sauf ICR)		
<b>Objectifs du stage :</b>					

Date de la demande :

Signature du demandeur :