

Imprimé de demande de stage hospitalier

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

Identité du demandeur : Madame Monsieur

Nom :			
Prénom :			
Adresse :	Rue :		
	N°Appt/Bât. :		
	CP :	Ville :	
Téléphone :			
E-mail :			
Si reconnaissance RQTH cocher la case <input type="checkbox"/>			

Descriptif de la formation suivie actuellement

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

Descriptif du stage souhaité au CHU de Toulouse

Période de stage souhaitée :	du :				au :	
Services ou unités souhaités :						
Site souhaité <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)			
Objectifs du stage :						

Date de la demande :

Signature du demandeur :