

# **Demande de convention de stage**

## **LE STAGIAIRE**

Nom : ..... Prénom : ..... Nom d'épouse : .....

Date de naissance : .....

Adresse : .....

Téléphone : .....

Adresse E-Mail : .....

## **LA FORMATION**

Diplôme universitaire       Diplôme interuniversitaire       Capacité de médecine

Intitulé : .....

Date de début de stage: .....

Date de fin de stage: .....

Sujet de stage (Obligatoire pour la formation FIEC): .....

Durée totale : .....

## **L'ORGANISME D'ACCUEIL**

Nom : .....

Adresse : .....

Représenté par (nom du signataire de la convention) : .....

Qualité du représentant : .....

Adresse E-Mail : .....

Service dans lequel le stage sera effectué : .....

Lieu du stage (si différent de l'adresse de l'organisme) : .....

## **L'ENCADREMENT DU STAGIAIRE PAR L'ORGANISME D'ACCUEIL**

### **Tuteur du stage**

Nom, prénom : .....

Fonction : .....

Téléphone : .....

Adresse E-Mail : .....

Caisse primaire d'assurance maladie à contacter en cas d'accident (lieu de domicile du stagiaire sauf exception) : .....