

**DOSSIER DE CANDIDATURE
STAGE HORS RÉGION
DOCTEUR JUNIOR**

Le dossier, le projet de stage et le CV sont à déposer :

1 A la scolarité du 3ème cycle :

Faculté de Médecine de Reims
Bureau de la scolarité du 3^{ème} cycle
51 rue Cognacq Jay
51095 REIMS Cedex
medecine.troisiemecycle@univ-reims.fr

2 Au bureau de l'internat :

COMITE DES INTERNES DE REIMS
CHAMPAGNE-ARDENNE
Internat du CHU Robert Debré Rue Alexis
Carrel 51092 REIMS Cedex

3 A la Direction des
Affaires Médicales du
C.H.U :

DIRECTION DES AFFAIRES
MEDICALES DU CHU DE REIMS
45 rue Cognacq Jay 51092 REIMS Cedex
etudemedicale_dam@chu-reims.fr

Date limites de dépôt de dossiers :
1er avril - Pour le semestre de novembre à mai
1er octobre - Pour le semestre de mai à novembre



**STAGE HORS RÉGION
DOCTEUR JUNIOR**

DOSSIER DE CANDIDATURE

NOM :

NOM d'épouse :

Prénom(s) :

Date de Naissance :

Lieu de Naissance :

Adresse :

Code Postal :

Ville :

Téléphone :

Adresse mail :

D.E.S :

Année de l'ECNi :

Période demandée (ex : mai à novembre 2023) :

ETABLISSEMENT D'ACCUEIL

Région demandée :

Nom de l'établissement : Service d'accueil :

Chef du Service d'accueil :

Date et signature de l'interne :



STAGE HORS RÉGION DOCTEUR JUNIOR

AVIS DE LA COMMISSION LOCALE

Je soussigné(e) _____, président de la commission locale du
DES _____, donne son **avis favorable** afin que le
dossier soit présenté et discuté lors de la prochaine commission des stages hors région de
docteur junior pour Mr/Mme _____ pour
le semestre de :

- **Novembre 20_ à Mai 20_**
- **Mai 20_ à Novembre 20_**

Dans le service du Dr/Pr _____

De l'établissement _____

*Sous réserve d'acceptation du dossier par la prochaine Commission des stages hors
subdivision de l'UFR de Médecine de Reims*

Signature et cachet du président



STAGE HORS RÉGION DOCTEUR JUNIOR

AVIS DU RESPONSABLE MEDICAL DU LIEU DE STAGE AGRÉE

Je soussigné(e) _____

Chef du service de _____

Emet un avis **favorable** / **défavorable** (*rayez la mention inutile*) à la demande de :

NOM / Prénom de l'interne : _____

Inscrit en DES de : _____

D'accomplir, **dans mon établissement**, le semestre de :

- **Novembre 20__** à **Mai 20__**
- **Mai 20__** à **Novembre 20__**

*Sous réserve d'acceptation du dossier par la prochaine Commission des stages hors
subdivision de l'UFR de Médecine de Reims*

Dans le service du Dr/Pr : _____

De l'établissement: _____

Date, signature et cachet du Chef de Service d'accueil



**STAGE HORS RÉGION
DOCTEUR JUNIOR**

**ATTESTATION SUR L'HONNEUR DU RESPONSABLE MEDICAL
DE LA QUALITE DE DOCTEUR JUNIOR DE L'INTERNE RECU**

Je soussigné(e) _____, chef du service
de _____, atteste que Mr/Mme _____
sera reçu en qualité de **docteur junior** au sein de mon service dans le cadre de sa **phase de consolidation** pour le semestre de :

Novembre 20_ à Mai 20_

Mai 20_ à Novembre 20_

Dans le service du Dr/Pr : _____

De l'établissement, _____

Signature et cachet du Chef de Service d'accueil



STAGE HORS RÉGION DOCTEUR JUNIOR

AVIS DU DIRECTEUR DE L'ETABLISSEMENT D'ORIGINE(CHU)

Je soussigné(e) _____ Directeur de
l'Etablissement donne un avis **favorable** à la demande de :

NOM / Prénom de l'interne : _____

Inscrit en DES de : _____

d'accomplir le semestre de :

- Novembre 20__ à Mai 20__
- Mai 20__ à Novembre 20__

Dans le service du Dr/Pr : _____

De l'établissement, _____

Cet accord concerne uniquement le dépôt de dossier et non le stage en lui-même

Date, signature et cachet du Directeur de l'établissement d'origine



STAGE HORS RÉGION DOCTEUR JUNIOR

AVIS DU DIRECTEUR DE L'ETABLISSEMENT D'ACCUEIL

Je soussigné(e)

Directeur de l'Établissement _____

Emet un avis **favorable** / **défavorable** (*razer la mention inutile*) à la demande de :

NOM / Prénom de l'interne : _____

Inscrit en DES de : _____

D'accomplir, **dans mon établissement**, le semestre de :

- **Novembre 20__** à **Mai 20__**
- **Mai 20__** à **Novembre 20__**

Dans le service du Dr / Pr : _____

*Sous réserve d'acceptation du dossier par la prochaine Commission des stages hors
subdivision de l'UFR de Médecine de Reims*

Signature et cachet du directeur de l'établissement d'accueil



STAGE HORS RÉGION DOCTEUR JUNIOR

AVIS DU DIRECTEUR DE L'U.F.R. DE MEDECINE DE REIMS

Je soussigné(e) **Professeur BEDNAREK-WEIRAUCH Nathalie** Doyen de l'U.F.R. de Médecine de Reims, donne son accord pour que, Mr/Mme _____
_____, interne en
_____ (DES d'origine) constitue un dossier qui
sera examiné par la prochaine commission des stages hors région de docteur junior pour le
semestre de :

- **Novembre 20_ à Mai 20_**
- **Mai 20_ à Novembre 20_**

Dans le service du Dr/Pr : _____

De l'établissement : _____

Cet accord concerne uniquement le dépôt de dossier et non le stage en lui-même

Signature et cachet du Directeur de l'U.F.R. de Médecine

*Pour obtenir l'accord du Doyen, merci de pré-remplir ce document et le transmettre à la scolarité du 3^{ème} cycle.



**STAGE HORS RÉGION
DOCTEUR JUNIOR**

Merci de joindre également votre C.V

LETTRE DE MOTIVATION EXPLIQUANT LE PROJET DE STAGE

