

Dossier de candidature pour un STAGE LIBRE

Nom :

Nom d'épouse :

Prénom(s) :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Adresse :

Code postale :

Ville :

Téléphone :

Adresse mail :

D.E.S :

Année de l'ECN :

Semestre demandé :

Région demandée :

Nom d'établissement :

Service d'accueil :

Chef du service d'accueil :

Une fois l'accord obtenu, l'étudiant choisit son stage après les étudiants de la spécialité choisie ayant la même ancienneté et quel que soit son rang de classement. Le rang de classement aux épreuves classantes nationales intervient pour départager plusieurs étudiants dans cette situation



STAGE LIBRE

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 libres concernant le semestre de :

- **Novembre 20_ à Mai 20_**
- **Mai 20_ à Nov20_**

Dans le service du Dr/Pr : _____
De l'établissement, _____

Sous réserve d'acceptation du dossier par la prochaine Commission des stages Hors Subdivision

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





STAGE LIBRE

AVIS DU coordonnateur du DES d'origine

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 libres de Mr/Mme _____, pour le semestre de :

- **Novembre 20_ à Mai 20_**
- **Mai 20_ à Nov20_**

Dans le service du Dr/Pr : _____

De l'établissement, _____

Signature et cachet du coordonnateur



STAGE LIBRE

AVIS DU coordonnateur du DES d'accueil

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 libres de Mr/Mme _____, pour le semestre de :

- **Novembre 20_ à Mai 20_**
- **Mai 20_ à Nov20_**

Dans le service du Dr/Pr : _____

De l'établissement, _____

Signature et cachet du coordonnateur



LETTRE DE MOTIVATION