

Imprimé de demande de stage en milieu hospitalier

DELAI MINIMUM D'INSTRUCTION D'UNE DEMANDE : 2 MOIS

Identité du demandeur

Madame ☐ Monsieur ☐	
Nom	
Prénom	
Adresse	
Téléphone	
E-mail	
Si reconnaissance RQTH, cocher la case : ☐	

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 de l'établissement de formation	
Nom du responsable de stage dans l'établissement de formation	
Téléphone du responsable de stage	

Descriptif du stage souhaité au Centre Hospitalier de Montauban

Période de stage souhaitée	Du : Au :
Services ou unités souhaités	1. 2.
Objectifs du stage	

Si vous êtes élève-infirmier et candidatez pour un stage préprofessionnel, compléter également :

Projet professionnel argumenté	
Points forts	
Points à améliorer	

Observations diverses

.....

.....

.....

.....

Date de la demande :

Signature du demandeur :