

Nom :
Surname

Prénom :
Name

Date, ville et pays de naissance :
Date, city and country of birth

Nationalité :
Nationality

<u>ADRESSE EN FRANCE</u> <i>Address in France</i>	<u>ADRESSE A L'ETRANGER</u> <i>Address abroad</i>
Numéro – <i>Street number</i> :	Numéro – <i>Street number</i> :
Voie – <i>Street name</i> :	Voie – <i>Street name</i> :
Code Postal – <i>Postcode</i> :	Code Postal – <i>Postcode</i> :
N° de téléphone – <i>Phone number</i> :	N° de téléphone – <i>Phone number</i> :
E-Mail :	E-Mail :

DATES ET LIEUX DU STAGE SOUHAITES - *Planned internship dates and hosting service*

Service – *Service*

A partir du - *From* Jusqu'au *Until*

SITUATION ACTUELLE - *Your current situation*

Docteur en médecine – *Medical Doctor* - Préciser le lieu de travail – *Specify workplace* :

Ville – *City* :

Pays – *Country* :

Fonctions exercées si activité dans un établissement public :
Particular position if you are working within a public institution

Etudiant en Médecine ou Pharmacie – *Medical or Pharmacy student or resident* :

Préciser l'année d'études – *Year of study currently enrolled* :

Faculté d'origine – *Home University* :

Ville – *City* :

Pays – *Country* :

VOTRE STAGE – *Your internship*

Entre dans le cadre d'un échange entre votre faculté d'origine et la Faculté de Médecine de Tours
Takes part of an exchange programme between your home university and the medical faculty of Tours

Est pris en compte dans la validation du cursus par la faculté de médecine d'origine
Must be validated in your study course within your home medical school

Répond à une démarche personnelle - Veuillez préciser les objectifs :
Corresponds to a personal endeavour – Please describe your objectives

Bénéficiez-vous d'une prise en charge durant ce stage : OUI NON
Are you granted a particular scholarship or remuneration during your internship?

-Si oui, veuillez indiquer : Quel organisme prend en charge votre stage et sous quelle forme
If so, please specify which institution is funding and in what form :