**Projet de stage à l’étranger durant le cursus de résidanat, année …….. /……….**

**Cet imprimé est à déposer obligatoirement accompagné des compléments d’information et de la lettre d’acceptation, au bureau d’ordre de la Faculté de Médecine dont relève le candidat.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Identité et coordonnées[[1]](#footnote-2)** | | |
| Nom : | | Prénom : |
| Adresse personnelle : | | |
| Téléphone 1 : | | Téléphone 2 : |
| Mail : | | |
| Faculté d'origine : | | |
| Année de concours : | Spécialité : | |
| Classement au résidanat : | Classement dans la spécialité : | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Description du projet** | | |
| **Structure d’accueil** (obligation de compléter le dossier par une **lettre d’acceptation**) : | | |
| Ville : | | Pays : |
| Service : | | Chef de service : |
| Hôpital/Centre : | | Université : |
| Adresse de correspondance : | | |
| **Objectifs du stage[[2]](#footnote-3) :** | | |
| **Durée :** | | |
| Commence le : | Finit le : | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Avis** du Chef de Service Tuteur*(ayant recommandé le stage et le candidat)* | |
| Sur le projet de stage : | Sur le candidat : |
| **Accord** du Chef de service (poste à accorder du quota du service où le résident est affecté lors du départ à l’étranger)**:** | |
|  | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Financement du stage (cochez la case correspondante)** | |
| Demande de Bourse Nationale. |  |
| Autre mode de financement envisagé : précisez l’organisme ou l’institution, le type de financement (convention, contrat, bourse…), si l’accord est obtenu ou la procédure est en cours (préciser l’échéance à laquelle l’accord de principe sera effectif)[[3]](#footnote-4). |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **CURSUS DU RESIDANAT\*** | | |
| ✦ : Cursus de 4 ans  ❉ : Cursus de 5 ans | Lieu du stage (service et institution) | Validation  (réservée à l’administration) |
| ✦❉ 1er semestre :  Du :  Au : |  | ☐ validé  ☐ non validé |
| ✦❉ 2ème semestre :  Du :  Au : |  | ☐ validé  ☐ non validé |
| ✦❉ 3ème semestre :  Du :  Au : |  | ☐ validé  ☐ non validé |
| ✦❉ 4ème semestre :  Du :  Au : |  | ☐ validé  ☐ non validé |
| ✦❉ 5ème semestre :  Du :  Au : |  | ☐ validé  ☐ non validé |
| ✦❉ 6ème semestre :  Du :  Au : |  | ☐ validé  ☐ non validé |
| ❉7ème semestre :  Du :  Au : |  | ☐ validé  ☐ non validé |
| ❉8ème semestre :  Du :  Au : |  | ☐ validé  ☐ non validé |
| **Date et signature du Directeur des stages :**  ☐ cursus validé  ☐ cursus non validé  **OBSERVATIONS :**  **\* : A vérifier par la Direction des stages de la Faculté de Médecine d’origine, qui précise si les stages ont été validés ou non.** | | |

|  |
| --- |
| (*espace réservé à la Commission des stages à l’étranger*)  Numéro du dossier :  Date : |

1. Avec l’engagement d’informer obligatoirement l’administration de tout changement de coordonnées. [↑](#footnote-ref-2)
2. Préciser le contenu du stage sur une feuille jointe à cette demande. [↑](#footnote-ref-3)
3. Adjoindre une pièce justificative à votre demande**. N° : ………………………………………….……….** [↑](#footnote-ref-4)