



Demande de stage "Mémoire"

ATTENTION ! Aucune demande spéciale de stage ne sera traitée sans avoir reçu, au préalable, l'avis de la Commission des Mémoires.

Nom : _____ Prénom : _____

Mois : _____

Hôpital : _____

Nom du responsable qui encadre: _____

Titre et fonction: _____

Service : _____

adresse complète de l'hôpital: _____

N° de téléphone: _____

E-mail: _____

Relation entre le stage demandé et le sujet de Mémoire:

Date :

Signature :

Pour accord

Nom, prénom de la personne qui accueille le stagiaire:

Date et signature: