

*Formulaire à retourner à la Direction des Soins, bureau de la Coordination des Stages*

NOM et PRENOM : .....

DATE DE NAISSANCE : .....

VOUS ETES :   ETUDIANT  
                  LYCEEN  
                  SALARIE  
                  DEMANDEUR D'EMPLOI  
                  ENSEIGNANT  
                  AUTRE

VOTRE ADRESSE E-MAIL : .....

VOTRE N° de TELEPHONE : .....

ETABLISSEMENT de FORMATION : .....

FORMATION suivie : .....

ANNEE de la FORMATION en cours : .....

LIEUX DE STAGE SOUHAITES : .....

DATES SOUHAITEES : .....

CADRE REFERENT PEDAGOGIQUE de l'Etablissement de Formation : .....

ADRESSE de l'Etablissement de Formation .....

TELEPHONE de l'Etablissement de Formation .....

Si votre demande est acceptée, une tenue vous sera fournie : merci de préciser

TAILLE Haut :

TAILLE Bas :

DATE DE LA DEMANDE :

TAMPON DE L'INSTITUT DE FORMATION :

SIGNATURE DU REFERENT PEDAGOGIQUE