

DEMANDE DE SITUATION PARTICULIÈRE

 Semestre de NOVEMBRE _____ à MAI _____

 Semestre de MAI _____ à NOVEMBRE _____

NOM de naissance Prénom : _____ N°Etudiant : E _____

DES : _____ ECN : _____

Tél. : _____ Email : _____

SURNOMBRE VALIDANT

SURNOMBRE NON VALIDANT

N°Imotep Service : 52 *(se reporter aux agréments sur le site de l'ARS)*

Etablissement : _____

Service : _____

Faire signer la demande par le R.T.S. (Responsable de Terrain de Stage)

Dates présumées de congé maternité : Du : _____ Au : _____

Merci de bien vouloir joindre un certificat médical attestant de la date présumée de grossesse ou d'accouchement. **Informez la Direction des Affaires Médicales de l'établissement concerné afin que celui-ci se prononce sur votre demande.** Toute demande de surnombre reçue après la date indiquée ci-dessous se verra opposer un refus. Les internes concernées seront placées systématiquement en disponibilité pour convenances personnelles.

STAGE HORS DE LA SPÉCIALITÉ

Libre prévu dans la maquette

Hors de la spécialité, prévu dans la maquette

Dans un service agréé à titre principal pour le DES de : _____

STAGE « FLÉCHÉ »

Validant pour la FST ou le DESC

A la demande du coordonnateur local du DES de l'étudiant

N°Imotep Service : 52 *(se reporter aux agréments sur le site de l'ARS)*

Etablissement : _____

Service : _____

DISPONIBILITÉ DE 6 MOIS

DISPONIBILITÉ DE 12 MOIS

Convenances personnelles

Etudes et recherches

A l'issue du congé maternité, à compter du _____

CONGÉ PARENTAL *(R6153-13 code de la santé publique)* Du : _____ Au : _____

MOTIVATIONS DE LA DEMANDE (obligatoire)

COORDONNATEUR LOCAL du DES de l'étudiant

AVIS FAVORABLE AVIS DÉFAVORABLE

Tampon et signature

RESPONSABLE du TERRAIN de STAGE *(Surnombre)*

ACCORD POSITIF ACCORD NÉGATIF

Tampon et signature

DATES LIMITES DE RÉCEPTION DE CE DOCUMENT : Semestre Nov-Mai : FIN JUILLET - Semestre Mai-Nov : FIN JANVIER
A défaut de cet imprimé reçu signé dans le délai imparti, les demandes seront refusées.