

**DEMANDE D'AGREMENT POUR L'INTERNAT
2026-2027 PRATICIEN-MAÎTRE DE STAGE
SPECIALITE**

Identification

Nom : _____

Prénom : _____

Nom d'épouse : _____

Date de naissance : _____

Sexe : F M

Informations Générales

Adresse Professionnelle :

Code Postal : _____

Ville : _____

Téléphone portable : _____

Email : _____

Informations Personnelles

Cursus

Année d'obtention du DES de : _____

Date de soutenance de thèse : _____

Université : _____

Année et
numéro d'inscription
au Conseil Départemental de l'Ordre des médecins : _____

Année d'installation : _____

Diplômes et formations complémentaires

DESC

Oui

Non

Capacité

Oui

Non

DU/ DIU

Oui

Non

Lequel : _____

Laquelle : _____

Lesquelles : _____

Responsabilités professionnelles

Fonction exercée au sein de l'Ordre des médecins <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Conseil Départemental <input type="checkbox"/> Conseil Régional <input type="checkbox"/> Conseil National
Membre de l'Union Régionale des Professionnels de santé : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Autres : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, lesquelles : <hr/>

Type d'exercice

<input type="checkbox"/> Individuel	<input type="checkbox"/> Groupement
Si groupement quel type : <input type="checkbox"/> Maison de santé pluri professionnelle	<input type="checkbox"/> SCM SEL <input type="checkbox"/> autre
Conventionné :	<input type="checkbox"/> secteur 1 <input type="checkbox"/> secteur 2
Activité : <input type="checkbox"/> urbaine <input type="checkbox"/> rurale <input type="checkbox"/> semi rurale	Participation à la permanence des soins <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Activité particulière (ex homéopathie, <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Si oui laquelle : <hr/>
Participation à un réseau de santé <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Si oui lequel : <hr/>

Activités de recherche et d'enseignement

Êtes-vous membre du Collège national de ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Participation à des congrès de <input type="checkbox"/> oui non <input type="checkbox"/>	Si oui lesquels : <hr/>
Participation à des travaux de recherche en pédiatrie <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	(joindre en annexe la liste des travaux et des publications,)
Participation à des groupes de travail d'organismes de santé (HAS, Ansm, INPES, Sociétés scientifiques) : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Si oui lesquels : <hr/>
Avez-vous déjà enseigné ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Au sein d'une'Université : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Si oui laquelle : Autres, précisez : Année : <hr/>
Possédez-vous un DU de Pédagogie <input type="checkbox"/> : oui <input type="checkbox"/> non	Si oui, lequel : Université d'obtention : Année d'obtention :

Organisation du stage et accueil de l'interne

Organisation du stage

Nombre de maîtres de stage sur le site : _____	Nombre d'internes pouvant être accueillis : _____		
Nombre de bureaux dans le cabinet médical :	Salle réservée aux soins :	oui	non
Secrétariat médical :	Permanence téléphonique : Secrétariat sur place :	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> non
Informatisation : 1. Des dossiers des patients 2. De la gestion	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		

Accueil de l'interne

Les internes disposent-ils d'un bureau ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Les internes ont-ils accès à une documentation : Abonnement à des journaux professionnels	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Lesquels : Ouvrages médicaux de référence	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Lesquels : Inscription à des sites médicaux sur internet :	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Lesquels : Les internes ont-ils accès à internet ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

Formation de l'interne

Avez-vous formalisé des objectifs de formation ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Réunion avec les internes (présentation des dossiers)	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Fréquence des réunions	_____ fois/ semaine	
Un processus d'évaluation concernant la formation est-il organisé ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Réalisez-vous des évaluations en cours de stage afin de suivre l'acquisition des compétences de l'interne ?		<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Si oui, précisez les modalités :		

Projet pédagogique

(Possibilité de le joindre en annexe accompagné d'un curriculum vitae du praticien).

A le

Signature du praticien

