

Demande d'agrément pour l'internat en Médecine, Pharmacie et Odontologie DOCTEUR JUNIOR

Année universitaire 2026-2027

Identification de l'établissement

Nom de l'établissement :

N° FINESS :

Adresse

Code postal – Commune : ..

Téléphone :

Adresse électronique :

Identification du terrain de stage demandant l'agrément

Nom usuel du terrain de stage :

Responsable du terrain de stage :

Adresse mail du responsable :

Demande d'agrément : Phase de consolidation

DES (à titre principal) :

Précisez :

OPTION

OPTION

Motif de la demande :

1ère demande :

Oui

Non

N° RPPS:

Demande de renouvellement :

Oui

Non

N° du terrain : BO
(6 chiffres)

Changement de responsable de stage :

Oui

Non

N° du terrain : BO
(6 chiffres)

Nom de l'ancien responsable de stage :

Remplacement d'un terrain de stage :

Oui

Non

Nom de l'ancien terrain de stage :

Date et signature