université de BORDEAUX

Collège Sciences de la santé

Agence Régionale de Santé Nouvelle-Aquitaine

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

PACIFIQUE SUD

DOCTEUR JUNIOR

Identification de l'établissement **Année universitaire 2025-2026**

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 : Précisez

OPTION Précisez OPTION Précisez

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