

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

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

DES (à titre principal) :

Précisez :

Phase socle

Phase d'approfondissement

FST Précisez :

FST 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