

**Demande d'agrément pour l'internat en médecine, pharmacie et
Odontologie Année universitaire 2025-2026**

Identification de l'établissement

Nature de l'établissement : **CABINET LIBERAL** Spécialité : Choisissez un élément

N° FINESS :

Nom de l'établissement :

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 électronique du responsable :

Spécialité du terrain de stage :

Demande d'agrément

DES (à titre principal) : :

Phase socle	Phase d'approfondissement
FST :	FST :
OPTION:	OPTION

Motif de la demande :

1ère demande :	Oui	Non	N° RPPS :
Demande de renouvellement :	Oui	Non	N° du terrain : BO (6 chiffres)

Nom- Prénom :

Signature du responsable du terrain de stage :