

## Demande d'agrément pour l'internat en médecine, pharmacie et Odontologie Année universitaire 2026-2027

### 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 :