

Collège Sciences de la santé

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 :

