

LE STAGIAIRE

Année d'étude lors de la mobilité FASM

Nom _____

Prénom _____

Né(e) le _____

Adresse (en métropole) _____

Téléphone personnel _____

Adresse e-mail personnelle _____

Points parcourus déjà acquis : _____

L'ORGANISME D'ACCUEIL

Nom et spécialité du service

Dates du stage (du lundi au dimanche)

Du		Au
----	--	----

Adresse du lieu de stage

Nom et adresse de l'autorité habilitée à signer votre convention de stage. *Exemple : DAM, tuteur*

Nom et coordonnées du deuxième tuteur (*uniquement pour les stages de médecine générale*)