



Validation

Françoise Dupêcher

Directrice

26-03-15

A transmettre, soit par courrier ou mail formation@ch-bourganeuf.fr au service formation du Centre Hospitalier, au minimum, 2 mois avant le début du stage

Identification du demandeur

NOM/PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

ADRESSE : _____

TÉLÉPHONE : _____

ETABLISSEMENT : _____

CLASSE : _____

Date de début du stage : _____ Date de fin du stage : _____

Date de la demande : _____

Renseignements concernant le stage

Service souhaité : _____

Objectifs: _____

Modules à valider : _____

Renseignements logistiques

Avez-vous des impératifs d'horaires : OUI NON

Si oui, lesquels : _____

Prendrez-vous vos repas au self du Centre Hospitalier : OUI NON

Afin de préparer vos tenues vestimentaires : Taille Haut : _____ Taille Bas : _____

Cadre réservé au service gestionnaire des demandes de stage

Date de réception de la demande : _____

Date de traitement de la demande : _____

Toutes les rubriques doivent être obligatoirement complétées pour que votre demande soit prise en compte
Une réponse vous sera adressée dans un délai d'un mois maximum après réception de votre demande.