|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |

## 3ème cycle des études de Médecine – TOUTES SPECIALITES

**Demande d’autorisation d’inscription en Formation Spécialisée Transversale / FST**

Intitulé de la FST : ...........................................................................................................................................

NOM : …………………………………………..…… PRÉNOMS :……………………………………………..

Inscrit en DES de :………………………………………………………………………………………………………..

 N° Etudiant : ………………….…… Année de l’ECN : ..................................

*Indiquez, ci-après, les stages* ***validés*** *depuis votre affectation en qualité d’Interne :*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Semestres de stages** | **Nom du Chef de service** | **Nom du service** **Lieu (Hôpital et Ville)** |
| ***1er stage*** |  |  |
| ***2ème stage*** |  |  |
| ***3ème stage***  |  |  |
| ***4ème stage*** |  |  |
| ***5ème stage*** |  |  |
| ***6ème stage*** |  |  |
| ***7ème stage*** |  |  |
| ***8ème stage*** |  |  |
| Avis du Coordonnateur local, Président de la CLCS du DES -----------------Favorable DéfavorableNom :Date et signature :**Classement :**  | Décision du Pilote de FST ---------------------- Accord RefusNom : Date et signature : | Décision du Directeur d’UFR ---------------------- Accord RefusNom : Date et signature : |