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

## 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 Défavorable Nom :  Date et signature :  **Classement :** | | Décision du Pilote de FST ---------------------- Accord Refus Nom :  Date et signature : | | Décision du Directeur d’UFR ---------------------- Accord Refus Nom :  Date et signature : |