

Université Victor Segalen Bordeaux 2 Département DOM-TOM 146, Rue Léo Saignat 33076 BORDEAUX Cedex Tél : 05 57 57 10 29 Fax : 05 56 93 80 72	Université des Antilles et de la Guyane U. F. R. des Sciences Médicales Campus de Fouillole - BP 145 97154 POINTE-A-PITRE Cedex Tél : 05 90 48 91 80 ou 81 Fax : 05 90 48 91 95	D.R.A.S.S. d'AQUITAINE Espace Rodesse 103 Bis, Rue Belleville 33063 BORDEAUX Cedex Tél : 05 57 01 97 65 Fax : 05 57 01 97 96
--	---	--

INTERNAT ET RESIDANAT DE MEDECINE GENERALE DANS LES DOM-TOM SEMESTRE DE MAI 2006

Subdivision de l'Océan Indien : Ile de la Réunion - Mayotte Nouvelle Calédonie - Polynésie Française	Interrégion des Antilles-Guyane : Martinique - Guadeloupe - Guyane
---	--

1-2	NOM Prénom NOM MARITAL											
	Numéro INE	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> </tr> </table>										
3	Adresse complète / _ / _ / _ / _ /										
4	Faculté ou Subdivision d'origine											
5	Nationalité											
5	Date et lieu de naissance											
6	Situation familiale	Célibataire - Concubin(e) - Séparé(e) - Marié(e) Nombre d'enfants :.....										
7	Semestre au titre duquel vous sollicitez un stage en mai 2006 ^{ème} semestre d'internat OU ^{ème} semestre de résidanat										
8	Département(s) ou Territoire(s) souhaités	1 2 3 4 5 6										
9	personnel..... E-mail..... Faculté (scolarité).....											
10	Situation au titre du semestre de novembre 2005	➤ En stage (précisez le service et le lieu)..... ➤ Disponibilité - Service National ➤ Autre :										

NOM : **Prénom**

11	<p>MOTIVATIONS DE LA DEMANDE PRECISANT LES ASPECTS</p> <ul style="list-style-type: none">1) techniques : acquisition d'expériences médicales nouvelles à préciser2) personnels : rapprochement familial, etc....
-----------	--

Date :

Signature de l'étudiant

NOM : **Prénom**

CURSUS UNIVERSITAIRE

A remplir par le service de la scolarité dont dépend l'étudiant

Années d'inscription	ECN : TCEM 1 : TCEM 2 : TCEM 3 :
-----------------------------	---

VALIDATIONS (cocher et rayer la mention inutile)

ENSEIGNEMENT THEORIQUE

1^{ère} Année	2^{ème} Année	3^{ème} Année
------------------------------	------------------------------	------------------------------

STAGE CHU

OUI	EN COURS	NON
------------	-----------------	------------

SEMESTRE CHEZ LE MEDECIN PRATICIEN

OUI	EN COURS	NON
------------	-----------------	------------

INTERRUPTION DE CURSUS

OUI	Précisez les dates et la cause	NON
------------	--------------------------------	------------

CURSUS HOSPITALIER DE L'INTERNE OU DU RESIDENT DE MEDECINE GENERALE

Cursus	Date des stages	Etablissements	Services	Chefs de service	Décision
1^{ère} ANNEE	1 ^{er} semestre du.....au.....				
	2 ^{ème} semestre du.....au.....				
2^{ème} ANNEE	3 ^{er} semestre du.....au.....				
	4 ^{ème} semestre du.....au.....				
3^{ème} ANNEE	5 ^{er} semestre du.....au.....				

VALIDATION DE LA MAQUETTE (cocher les cases correspondantes)

Médecine d'adulte (préciser la spécialité)	Gynécologie et/ou Pédiatrie	Médecine d'Urgence	Stage praticien	Stage libre (préciser la spécialité)	Stage libre (préciser la spécialité)
---	--	-------------------------------	----------------------------	---	---

AVIS DU DIRECTEUR GENERAL DU CHU DE RATTACHEMENT DE L'INTERNE :

(préciser favorable, défavorable ou indiquer les réserves éventuelles)

Le2005...Signature

NOM :..... **Prénom**.....

**AVIS DU DOYEN DE LA FACULTE DE MEDECINE DE LA SUBDIVISION D'INTERNAT
D'ORIGINE**

Je, soussigné(e).....

Doyen de la Faculté de Médecine de.....

Autorise M......

- Interne DES de Médecine Générale**
- Résident(e) de Médecine Générale**

A accomplir 2 semestres dans les Dom-Tom à compter de mai 2006

A renouveler 1 semestre de mai 2006 à novembre 2006

(cocher la case correspondante)

Le 2005Signature du Doyen

**AVIS DU COORDONNATEUR INTERREGIONAL DE MEDECINE GENERALE DE LA
REGION D'ORIGINE
(Internes issus de l'ECN)**

Je, soussigné(e).....

Coordonnateur du DES de Médecine de Médecine Générale,

Autorise M......

A accomplir 2 semestres dans les Dom-Tom à compter de mai 2006.

A renouveler 1 semestre de mai 2006 à novembre 2006

(cocher la case correspondante)

Le 2005Signature du Coordonnateur