**FEUILLET 2**

## AVIS DU RESPONSABLE MÉDICAL DU LIEU DE STAGE

## OU DU PRATICIEN AGRÉÉ – MAÎTRE DE STAGE DES UNIVERSITÉS (MSU)

## de la région d’accueil

**Remplir informatiquement les champs grisés**

Je soussigné(e)

Responsable médical ou MSU de

Etablissement

**Émet un avis** **[ ]  favorable /** **[ ]  défavorable**

à la demande de stage [ ]  dans une autre subdivision

 [ ]  à l’étranger

sollicitée par

**[ ]  M.,** **[ ]  Mme,**

INTERNE – D.E.S. choisi

. [ ]  Discipline médicale :

 [ ]  Discipline chirurgicale :

 [ ]  Discipline biologique :

pour le semestre de : [ ]  Novembre à Mai

 [ ]  Mai à Novembre

*NOM du candidat :*

**Quels sont les objectifs que l’interne doit atteindre au cours de son stage ?**

 - Hospitaliers et professionnels (habiletés pratiques nouvelles, compétences diagnostiques…) :

 - Universitaires : *(DESC, Master, DU/DIU..) (formations académiques)*

**Observations éventuelles :**

Date :

Signature et cachet du responsable médical :