**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 :