

UNIVERSITE DES ANTILLES
FACULTE DE MEDECINE HYACINTHE BASTARAUD

INSCRIPTION 2019 / 2020
RELEVÉ DE CURSUS (Médecine générale)

(complément fiche inscription, à remplir par l'étudiant)

NOM..... Faculté d'origine.....

Epouse Adresse (permanente).....

Prénom.....

Né(e) le à.....

N ° I.N.E..... Tél Fax.....

N ° S S..... E-mail.....

Adresse aux Antilles-Guyane (à préciser par la suite si nécessaire).....

Année d'études : TCEM1 TCEM2 TCEM3 THESE

Stages effectués : CHU OUI NON Chez le praticien OUI NON

Stages validés : 1^{er} 2^{ème} 3^{ème} 4^{ème} 5^{ème} 6^{ème}

Semestre d'études : 1^{er} 2^{ème} 3^{ème} 4^{ème} 5^{ème} 6^{ème}

Stages non validés : TCEM1 OUI NON TCEM 2 OUI NON

Enseignement Théorique validé : 1^{er} A OUI NON (1^{er} et 2^{ème} semestre) 2^{ème} A OUI NON (3^{ème} et 4^{ème} semestre) 3^{ème} A OUI NON (5^{ème} et 6^{ème} semestre)

Enseignement Théorique du 3^{ème} Cycle validé : OUI NON

Affectation et Inscription (Semestre de Mai à Octobre 2019)

Faculté de Médecine de

Affectation : (Novembre 2019) Guadeloupe Guyane Martinique

SEMESTRES

Mai à Octobre 2019

Novembre 2019 à Avril 2020
(à compléter par la suite)

Etablissement Hospitalier
(Ou de rattachement en cas de stage C/le praticien)

Service

Chef de Service

Stage C/le praticien (Nom-Prénom)

Lieu du stage

Autres situations :
(notamment : congé de maternité, disponibilité)

Observations :

T.S.V.P

CURSUS

LIEU DU STAGE	1 ^{er} Semestre	2 ^{ème} Semestre	3 ^{ème} Semestre	4 ^{ème} Semestre	5 ^{ème} Semestre	6 ^{ème} Semestre
	Mois – année	Mois – année	Mois – année	Mois – année	Mois – année	Mois – année
	De à	De à	De à	De à	De à	De à
ETABLISSEMENT : Et RATTACHEMENT						
SERVICE ou MAITRE DE STAGE :						
CHEF DE SERVICE ou COORDONNATEUR :						
VALIDE :	OUI NON	OUI NON	OUI NON	OUI NON	OUI NON	OUI NON

STAGES OBLIGATOIRES VALIDES

- **CHU** : OUI NON

PERIODE : de..... à.....

1) **AUPRES D'UN PRATICIEN AGREE** OUI NON

2) **D'UN SCE de PMI ou /et SANTE SCOLAIRE** OUI NON

1) deà mois

2) età..... mois

- Services Obligatoires

<input type="checkbox"/> Médecine d'adultes (préciser la spécialité)	<input type="checkbox"/> Gynécologie et /ou pédiatrie <input type="checkbox"/> Deux fois 3 mois ou <input type="checkbox"/> 6 mois	<input type="checkbox"/> Médecine d'urgences	Stages libres	
			<input type="checkbox"/> Secteur ambulatoire (Préciser la spécialité)	<input type="checkbox"/> Autre (Précise la spécialité)
De à	De.....à.....	De.....à.....	De.....à.....	

SIGNATURE : NOM - Prénom

A..... Le.....