

UNIVERSITE DES ANTILLES
FACULTE DE MEDECINE HYACINTHE BASTARAUD

INSCRIPTION 2019 / 2020
RELEVE DE CURSUS (autres Spécialités)

(Complément dossier 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) :

Catégorie : DES THESE

Année d'Internat : 1^{er} 2^{ème} 3^{ème} 4^{ème} 5^{ème}

Semestre : 1^{er} 2^{ème} 3^{ème} 4^{ème} 5^{ème}
 6^{ème} 7^{ème} 8^{ème} 9^{ème} 10^{ème}

Stages validés :

Spécialité envisagée

Spécialité d'inscription.....

Affectation et Inscription (Semestre de Mai à Octobre 2019)

Faculté de Médecine de

Affectation : (Novembre 2019) Guadeloupe Guyane Martinique Autre (préciser)

SEMESTRES

Mai à Octobre 2019

Novembre 2019 à Avril 2020

(à compléter par la suite)

Etablissement Hospitalier :.....
(Ou de rattachement en cas de stage hors subdivision)

Service :.....

Chef de Service :.....

Lieu du stage :.....

Autres situations :

(Notamment : congé de maternité, disponibilité)

Observations :

LIEU DU STAGE	1 ^{er} Semestre		2 ^{ème} Semestre		3 ^{ème} Semestre		4 ^{ème} Semestre		5 ^{ème} Semestre	
	Mois – année		Mois – année		Mois – année		Mois – année		Mois – année	
	De		De		De		De		De	
	à		à		à		à		à	
ETABLISSEMENT : Et RATTACHEMENT										
SERVICE (désigner la phase) :										
CHEF DE SERVICE :										
VALIDE :	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON

LIEU DU STAGE	6 ^{ème} Semestre		7 ^{ème} Semestre		8 ^{ème} Semestre		9 ^{ème} Semestre		10 ^{ème} Semestre	
	Mois – année		Mois – année		Mois – année		Mois – année		Mois – année	
	De		De		De		De		De	
	à		à		à		à		à	
ETABLISSEMENT : Et RATTACHEMENT										
SERVICE (désigner la phase) :										
CHEF DE SERVICE:										
VALIDE :	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON

STAGE HORS FILIERE : De à

A

De à

Le

OBSERVATIONS :

SIGNATURE DE L'INTERNE : NOM - Prénom