

FICHE DE RENSEIGNEMENTS POUR AFFECTATION DE STAGE

Document établi en semestre 1 date :

Remis à jour en semestre 2 (ou le cas échéant)

NOM civil et (Nom marital) :

Prénom (usuel) :

Date de naissance :

Adresse du lieu de vie la semaine :

Adresse des parents :

Ville la plus proche (Bar/Seine, Romilly...) :

Téléphone fixe :

Portable :

Véhicule disponible pour se rendre en stage : oui non

(Prévenir le formateur responsable des stages des modifications en cours)

Êtes-vous **PROMOTION PROFESSIONNELLE de Santé** ? oui non

Précisez la structure, l'établissement :

Avez-vous une ou des expérience(s) professionnelle(s) ? oui non

Précisez le domaine :

Lieu (x) et durée(s) : commencez par la plus récente (Pour les professionnels de santé, précisez les unités de soins où vous avez travaillé)

-
-
-
-

Avez-vous déjà réalisé des stages dans des lieux de soins : (maison de retraite, hôpitaux) : oui non précisez lieu(x) et durée(s) :

-
-
-

Connaissez-vous un professionnel de soins ? oui non

Si oui, précisez le lieu d'exercice :