

## DEMANDE DE STAGE A L'ETRANGER

Nom : ..... Prénom : .....

Grade : ..... N° DOTI MES : ..... N° DOTI S.P. : .....

Service Hospitalier : .....

Situation administrative :                      Stagiaire                       Titulaire

C.I.N. N° : ..... du : .....

Adresse personnelle : .....

..... Téléphone : .....

.....

Durée de stage : ..... du ..... au .....

Objet du stage : .....

Lieu de stage : .....

Chef de Service de Stage : .....

Adresse : .....

..... Téléphone : .....

Intérim assuré par : .....

Marrakech, le .....

Signature

Signature du Chef de Service

Avis du Directeur de l'hôpital Avicenne  
de Marrakech

Avis du Doyen de la Faculté  
de Médecine et de Pharmacie de Marrakech

Avis du Président de l'Université Cadi Ayyad