

DEMANDE DE STAGE

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 du Demandeur

Avis du Chef de Service

Avis du Directeur du CHU Mohamed VI
de Marrakech

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