

FICHE DE RENSEIGNEMENTS POUR AFFECTATION EN STAGE

NOM DE JEUNE FILLE :

NOM MARITAL :

PRENOM : NE(E) LE : |_|_| |_|_| |_|_|_|_|

TEL FIXE : |_|_|_|_|_|_|_|_|_| TEL PORT : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Adresse mail :

ADRESSE PENDANT LA FORMATION :

CP : |_|_|_|_|_| VILLE :

AVEZ-VOUS LE PERMIS : OUI NON en cours AVEZ-VOUS UN VEHICULE : OUI NON

Langue(s) étrangère(s) maîtrisée(s) :

Avez-vous travaillé dans un établissement de santé ou une structure multiaccueil ? Si oui, remplir ci-dessous

Nom de l'établissement ou structure	Nom du service	Durée

Avez-vous effectué un stage dans un établissement de santé ou une structure multiaccueil ? Si oui, remplir ci-dessous

Nom de l'établissement ou structure	Nom du service	Durée

Avez-vous un membre de votre famille ou entourage qui travaille dans un établissement de santé ou une structure multiaccueil ? Si oui, remplir ci-dessous

Lien de parenté	Nom de l'établissement ou structure	Nom du service

Avez-vous eu une expérience malheureuse (hospitalisation, décès...) dans un établissement de santé ? Si oui, remplir ci-dessous

Nom de l'établissement ou structure	Nom du service

IMPORTANT :

- Vous ne serez pas affecté(e) dans un des endroits que vous avez cités ci-dessus.
- **Tous les élèves** sont appelés à se déplacer, afin de diversifier les stages et dans un souci d'équité.
- Les stages étant programmés pour l'année, **aucun changement ne pourra être fait** (sauf en cas de force majeure qui sera étudié par la coordinatrice pédagogique).
- **Tout changement d'adresse ou de numéro de téléphone, doit être signalé au secrétariat et à la coordinatrice pédagogique.**

LE : |_|_|_|_|_|

SIGNATURE :