



**Dossier de demande de stage en qualité
D'OBSERVATEUR
(Pour les médecins français ou étrangers)**

Le dossier est à retirer auprès de la direction des Affaires Médicales :

Mail : direction.affaires-medicales@chic-cm.fr

- Le dossier comprendra :

Demande de l'intéressé qui précisera les dates de stages, le nom du Chef de service et de sa spécialité.

La copie du diplôme traduit en Français.

L'avis favorable du Chef de Service d'accueil

L'attestation de responsabilité civile et de couverture sociale

Le certificat médical d'aptitude physique

Le dossier complet doit être adressé à la Direction des Affaires Médicales.

L'accord définitif sera donné par M. le Directeur des Affaires médicales du CHIC Castres-Mazamet dès réception du dossier complet.

Les « OBSERVATEURS » dans les services ne peuvent prétendre à aucun avantage nourriture ou logement, ni à aucune prise en charge financière du séjour, ils ne peuvent effectuer aucun acte, même sous la responsabilité du Chef de service.



**Dossier de demande de stage en qualité
D'OBSERVATEUR
DOCUMENT A REMPLIR PAR L' INTERESSE(E)**

DEMANDE DE L'INTERESSE(E) :

NOM

Prénom.....

Date de naissancePays.....

Adresse du domicile :

Téléphone n°.....adresse email.....

MOTIVATION DE LA DEMANDE :

STAGE DEMANDE

Nom du Chef de service :.....

Période du stage..... au

Date et signature de l'intéressé(e)

**Dossier de demande de stage en qualité
D'OBSERVATEUR
DOCUMENT A REMPLIR PAR L'INTERESSE(E)**

Attestation de responsabilité civile et de couverture sociale

Je m'engage (nom et prénom.....) à fournir au dossier ci-joint :

- L'attestation de responsabilité civile
- L'attestation de couverture sociale

(Ces documents doivent préciser l'adresse de la compagnie d'assurance et être traduits en français)



**CENTRE HOSPITALIER
INTERCOMMUNAL**
CASTRES-MAZAMET

**Dossier de demande de stage en qualité
D'OBSERVATEUR
CHEF DU SERVICE D'ACCUEIL**

Docteur

Donne un avis favorable à

L'intéressé (e) qui désire effectuer un stage dans mon service du au

J'atteste que le candidat justifie d'un niveau de français suffisant au regard des objectifs du stage.

Date et signature

Très important :

***LE CERTIFICAT MEDICAL CI-DESSOUS DOIT IMPERATIVEMENT ETRE COMPLETE
ET REMIS A LA DIRECTION DES AFFAIRES MEDICALES***

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné, Docteur :

Centre hospitalier de :

certifie que M

né(e) le :

- remplit les conditions d'aptitude physique et mentale pour l'exercice des fonctions hospitalières,

- remplit les conditions d'immunisation contre l'hépatite B, la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite, et la grippe (article L 3111-4 du code de la santé publique)

- est immunisé(e) contre la fièvre typhoïde (uniquement s'il (elle) exerce des activités dans un laboratoire d'analyse de biologie médicale).

- Il est rappelé que vous devez être immunisé(e) contre la tuberculose

Fait à :

le :

Cachet du service Signature du médecin :