**MEDECINE : VŒUX DE STAGE D'ETE**

Veuillez formuler vos vœux de stages à la suite de ce document. Ces vœux sont à faire valider par la faculté de médecine avant d’entreprendre toute procédure auprès du Bureau des Relations Internationales (BRI). Lors de la constitution de votre dossier auprès du BRI, merci de déposer votre candidature pour le vœu validé par la faculté de médecine **uniquement**.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nom :** |  | **Numéro étudiant :** |  |
| **Prénom :** |  | **Année d'études :** |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Etablissement : |  |
|  | Pays : |  |
|  | Ville : |  |
| **Vœu 1**  **(Obligatoire)** | Responsable (dans l'établissement d'accueil) : |  |
|  | E-mail (responsable du stage dans l'établissement d'accueil) |  |
|  | Spécialité : |  |
|  | Dates : | Du : au |
| **Candidature** | Acceptée : oui / non | Signature de la commission : |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Etablissement : |  |
|  | Pays : |  |
|  | Ville : |  |
| **Vœu 2**  **(Obligatoire)** | Responsable (dans l'établissement d'accueil) : |  |
|  | E-mail (responsable du stage dans l'établissement d'accueil) |  |
|  | Spécialité : |  |
|  | Dates : | Du : au |
| **Candidature** | Acceptée : oui / non | Signature de la commission : |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Etablissement : |  |
|  | Pays : |  |
|  | Ville : |  |
| **Vœu 3** | Responsable (dans l'établissement d'accueil) : |  |
|  | E-mail (responsable du stage dans l'établissement d'accueil) |  |
|  | Spécialité : |  |
|  | Dates : | Du : au |
| **Candidature** | Acceptée : oui / non | Signature de la commission : |