

Document, demande de stage du département infirmier

Informations relatives au demandeur

Nom

Prénom

Date de naissance, nationalité,

Adresse complète

N° de téléphone ou de GSM

Adresse mail scolaire

Informations relatives aux études

Orientation

Année d'études

Etablissement scolaire

Adresse complète de celui-ci

Informations relatives au stage demandé

Observation - précisez le motif :

Actif : TFE ou spécialisation ou au choix ou cadre ou master ou stage ponctuel

Service souhaité :

Période de stage demandée : duau.....

(chaque période de stage doit faire l'objet d'une demande)

Membre de la famille travaillant au CHM

Identité, lien de parenté, service :



Centre
Hospitalier
de
Mouscron
asbl

CENTRE HOSPITALIER DE MOUSCRON

Association Sans But Lucratif
Avenue de Fécamp, 49
7700 MOUSCRON

Tel. : +32(0) 56/85 85 85

Fax : +32(0) 56/85 81 27

Mat. : 7/10247/84/000

Document, demande de TFE-questionnaire

Relatives à l'identité du demandeur :

Nom

Prénom

Date de naissance, nationalité

Adresse complète

N° de téléphone ou de GSM

Adresse mail scolaire

Relatives aux études :

Orientation

Année d'études

Etablissement scolaire

Adresse complète de celui-ci

Sujet du TFE :

Nom et la fonction du promoteur :

Service Souhaité ou public concerné :

Motivation / Explications complémentaires :