Aide à la réalisation des stages en Haute-Marne

Date de la demande	Date de réception au service intendance

Ce formulaire est à renvoyer par courrier ou par mail :
Département de la Haute-Marne
Hôtel du Département
Service Intendance – Isabelle ILLAN
1 rue du commandant Hugueny
CS 62127 – 52905 Chaumont Cedex 9
Tél. : 03.25.32.88.42
courriel : stage.sante@haute-marne.fr

Votre identité :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse personnelle :

Code postal : Ville :

Mail :

Tél. portable :

Vous êtes étudiant en :

☐ médecine ☐ maïeutique ☐ orthophonie

☐ ☐ ☐

Votre stage :

Date de début de stage :

Date de fin de stage :

Combien de jours de stage avez-vous par semaine ? ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Lieu(x) et maître(s) de stage/tuteur(s) :

Si votre se déroule dans différents établissements ou auprès de plusieurs professionnels libéraux, merci de renseigner les informations pour chaque lieu

Lieu principal :

Catégorie : ☐ établissement sanitaire ☐ établissement médico-social ☐ professionnel libéral

Nom de l'établissement :

Service :

Nom – Prénom du maître de stage/tuteur :

Profession :

Adresse :

Code postal : Ville :

N° téléphone :

2ème lieu :

Catégorie : ☐ établissement sanitaire ☐ établissement médico-social ☐ professionnel libéral

Nom de l'établissement :

Service :

Nom – Prénom du maître de stage/tuteur :

Profession :

Adresse :

Code postal : Ville :

N° téléphone :

3ème lieu :

Catégorie : ☐ établissement sanitaire ☐ établissement médico-social ☐ professionnel libéral

Nom de l'établissement :

Service :

Nom – Prénom du maître de stage/tuteur :

Profession :

Adresse :

Code postal : Ville :

N° téléphone :

Aide(s) sollicitée(s)

Pour mémoire, liste des aides possibles en fonction de votre catégorie d'étude

	Aide aux transports	Aide au stage	Hébergement
Médecine	X	non	X
Chirurgie-dentaire	X	non	X
Maïeutique	non	X	X
Masso-kinésithérapie	non	X	X
Orthophonie	non	X	X
Soins infirmiers	non	non	X

☐ Aide aux transports ☐ Aide au stage ☐ Hébergement

Dates d'hébergement souhaitées : du au

Souhaitez-vous mentionner un élément particulier relatif à votre demande d'aide ?

Justificatifs à joindre à votre demande (tout dossier incomplet ne sera pas étudié) :

Si vous transmettez votre demande par mail, merci de bien vouloir joindre vos justificatifs au format PDF

- copie d'une pièce d'identité en cours de validité (carte d'identité ou un passeport)
- justificatif de domicile datant de moins de 3 mois (factures énergie, téléphonie, quittance de loyer…)
- relevé d'identité bancaire au nom de l'étudiant (si le titulaire du compte n'est pas l'étudiant, un document attestant le lien devra être fourni)
- attestation d'affectation de stage ou la convention de stage
- attestation d'assurance responsabilité civile (si demande d'hébergement)
- attestation de réalisation de stage (en annexe) à transmettre au cours du dernier mois (ou de la dernière semaine si stage court) de stage

En déposant ma demande d'aide à la réalisation de mon stage,

- j'atteste sur l'honneur l'exactitude des informations transmises et note qu'elles pourront être utilisées de manière anonyme à des fins d'évaluation,
- je confirme que je ne bénéficie pas, pour le présent stage, d'aide financière d'une autre collectivité ou organisme (faculté/institut de formation, CHU, associations étudiantes, etc.),
- je m'engage, si je bénéficie d'un hébergement, à respecter les lieux et le matériel mis gracieusement à ma disposition et conviens qu'en cas de non-respect, le Département de la Haute-Marne est susceptible de me facturer des frais de nettoyage ou réparation.

Fait à
Le

Signature

Annexe

ATTESTATION DE REALISATION DE STAGE

Cette attestation, dûment complétée et signée par votre maître de stage, doit être adressée au Département de la Haute-Marne au cours de la dernière semaine (stage court) ou dernier mois (stage long) de stage. Elle conditionne le versement de l'aide sollicitée.

Département de la Haute-Marne
Hôtel du Département
Service Intendance – Isabelle ILLAN
1 rue du commandant Hugueny
CS 62127 – 52905 Chaumont Cedex 9
Tél. : 03.25.32.88.42
courriel : stage.sante@haute-marne.fr

PROFESSIONNEL ou ORGANISME D'ACCUEIL

Dénomination sociale :

Nom-Prénom :

Adresse :

Code postal – Commune :

Téléphone :

certifie que

LE STAGIAIRE

Nom-Prénom :

Né(e) le :

Adresse :

Code postal – Commune :

étudiant en *[Intitulé de la formation ou du cursus suivi] :*

au sein de *[Nom de la faculté ou de l'institut de formation] :*

a effectué un stage prévu dans le cadre de ses études du au .

Fait à

Le

Signature