

IDENTITÉ DU DEMANDEUR

NOM Prénom* :

Adresse postale :

Courriel* : Tél.* :

➔ [SI VOUS ÊTES ÉTUDIANT EN MÉDECINE](#)

INFORMATION SUR LE STAGE

Période du stage* : du au

Nature du stage (cochez la réponse correspondante)

praticien niveau 1 gynéco-pédiatrie SASPAS libre

NOM DU OU DES MAÎTRES DE STAGE

Maîtres de stages	Adresse

INDEMNITÉS*

Indemnité possible oui non sinon, raisons :

montant : €

Type d'indemnité : Organisme.....

➔ [SI VOUS ÊTES MÉDECIN REMPLAÇANT](#)

INFORMATIONS SUR LE REMPLACEMENT

Période de remplacement* : du au

Adresse du remplacement :

SITUATION AU MOMENT DU REMPLACEMENT (cochez la case correspondante)

Loyer hors Nièvre* oui non

si oui produire une quittance de loyer

TYPE D'HÉBERGEMENT SOUHAITÉ* (cochez la réponse correspondante)

- F4 vide d'équipement
- F4 équipé seul
- F4 équipé en colocation

Cadre réservé à l'administration

Attribution d'un logement

- équipé en colocation
- équipé seul
- vide
- rejet de la demande

Montant du loyer demandé

400€

(à répartir entre colocataires)

300€

150€

Période de location : du.....au.....