

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.....**