

**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.....**