

**Demande d'autorisation d'inscription en Formation Spécialisée Transversale / FST
ou option**

(À remettre à la scolarité avant le 30 juin de l'année en cours après obtention de la signature du coordonnateur local de la spécialité et du pilote de la FST)

Intitulé de la FST ou option :

NOM : PRÉNOM :

Inscrit en DES de :

N° Etudiant : Année de l'ECN :

Indiquez, ci-après, les stages depuis votre affectation en qualité d'Interne :

Semestres de stages	Nom du service Lieu (Hôpital et Ville)	Nom du Chef de service	Validé Oui / Non
<u>1^{er} stage</u>			
<u>2^{ème} stage</u>			
<u>3^{ème} stage</u>			
<u>4^{ème} stage</u>			
<u>5^{ème} stage</u>			
<u>6^{ème} stage</u>			
<u>7^{ème} stage</u>			
<u>8^{ème} stage</u>			

Avis du Coordonnateur local, de la commission locale de coordination du DES de l'étudiant ----- Favorable Défavorable Nom : Date et signature : <u>Classement :</u>	Décision du Pilote de FST/OPTION ----- Accord Refus Nom : Date et signature :	Décision du Directeur d'UFR ----- Accord Refus Nom : Date et signature :
--	--	---