



Photo

**DEMANDE DE STAGE
DEPARTEMENT INFIRMIER**

IDENTITE	
NOM :	PRENOM :
DATE DE NAISSANCE :	NATIONALITE :
ADRESSE :	
CP :	VILLE :
TELEPHONE :	GSM :
E-MAIL :	
ETUDES ACTUELLES	
Orientation :	Année d'études :
Etablissement scolaire :	
Adresse :	
CP :	Ville :

STAGE SOLICITE						
<input type="radio"/> Observation - précisez le motif :						
<input type="radio"/> Actif <input type="checkbox"/> TFE <input type="checkbox"/> Spécialisation <input type="checkbox"/> Au choix <input type="checkbox"/> Cadre ou Master <input type="checkbox"/> Stage ponctuel						
Dans le cadre d'un stage TFE, précisez votre sujet :						
Service souhaité :						
Site : <input type="radio"/> Dorcas - <input type="radio"/> IMC - <input type="radio"/> Notre Dame - <input type="radio"/> Union						
Période du : / / 20 au / / 20						
Membre de la famille travaillant au CHWAPI						
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Identité</th> <th>Lien de parenté</th> <th>Site</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	Identité	Lien de parenté	Site			
Identité	Lien de parenté	Site				

Document à renvoyer à l'ICANE concernée par le choix de service :

Site Dorcas – Site Union Annick Leclercq ICANE 39, Boulevard Lalaing - 7500 Tournai 069/33.13.88 - annick.leclercq@chwapi.be	Site IMC - Site Notre Dame Nathalie Pette ICANE 80, chaussée de St Amand - 7500 Tournai 069/88.51.38 - nathalie.pette@chwapi.be
--	--

Centre Hospitalier de Wallonie picarde - Chwapi - association sans but lucratif

Siège social : 9, avenue Delmée • 7500 Tournai • Tél.: 069/25 81 11 • Fax: 069/25 80 15

- Dorcas • 1, bld du Roi Albert • 7500 Tournai • Tél.: 069/25 51 11 • Fax: 069/33 10 70
- IMC • 80, chaussée de Saint Amand • 7500 Tournai • Tél.: 069/88 51 11 • Fax: 069/22 77 05
- Notre-Dame • 9, avenue Delmée • 7500 Tournai • Tél.: 069/25 81 11 • Fax: 069/25 80 15
- Péruwelz • 7, rue des Chauffours • 7600 Péruwelz • Tél.: 069/78 91 11 • Fax: 069/78 90 13
- Union • 39, bld Lalaing • 7500 Tournai • Tél.: 069/33 11 11 • Fax: 069/33 10 70

SUIVI DU STAGE *

* réservé au CHwapi

Avis du Chef d'Unité 1

Nom :	Téléphone:
<input type="radio"/> ACCORD	<input type="radio"/> REFUS ☞ Motif :
Date :	
Signature :	

Avis du Chef d'Unité 2 *

Nom :	Téléphone:
<input type="radio"/> ACCORD	<input type="radio"/> REFUS ☞ Motif :
Date :	
Signature :	

Avis du Chef d'Unité 3 *

Nom :	Téléphone:
<input type="radio"/> ACCORD	<input type="radio"/> REFUS ☞ Motif :
Date :	
Signature :	

* si différents lieux de stage

Avis du Directeur Adjoint (sites IMC et ND)	Avis du Directeur du Département Infirmier
Yves GYSELINCK	Bernard FADEUR
<input type="radio"/> ACCORD	<input type="radio"/> ACCORD
<input type="radio"/> REFUS ☞ Motif :	<input type="radio"/> REFUS ☞ Motif :
Date :	Date :
Signature :	Signature :