

---

# DEMANDE DE STAGE

Département Infirmier



## Données identitaires

Nom \*

Prénom \*

Date de naissance \*

---

Adresse \*

CP - Ville \*

---

Tél \*

E-mail \*

---

## Données scolaires

Formation \*

Années d'études \*

Si spécialisation

---

Autre formation / spécialisation

---

Établissement scolaire \*

Adresse \*

CP - Ville \*

---

Responsable des stages (de l'école) \*

Tél \*

E-mail \*

## Stage sollicité

Type de stage \*

Si autre précisez

Si TDS ou TFE,  
précisez le sujet

Période \*

Motivation \*

## Service sollicité

Service \*

Si autre service ou  
plusieurs services,  
précisez \*

**À transmettre exclusivement sous format PDF à  
[stage.soignant@chwapi.be](mailto:stage.soignant@chwapi.be)**

Tous les champs munis d'une \* sont obligatoires