



Congés annuels pour les Internes de Médecine Générale en Stage chez le Praticien ou en SASPAS

Nom Prénom du demandeur	
Année de DES	
Maître de Stage référent	

Durée du _____

au _____

soit ____ jours

A adresser au CHU de Montpellier

fax : 04 67 33 91 95

mail : cl-philibert@chu-montpellier.fr ou s-rabusson@chu-montpellier.fr

Signature du demandeur	Avis, Cachet et Signature du Maître de Stage
	<input type="checkbox"/> Validé <input type="checkbox"/> Non validé