



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 |
| | |