

Gestion de l'internat

Affaire suivie par :

Sophie THIBERGE

02 38 77 47 11

ars-cvl-gestion-internat@ars.sante.fr

Nom- Prénom :

Téléphone :

Mail :

FICHE DE VŒUX – SEMESTRE MAI 2026

A ne remplir qu'en cas de demande de situation particulière

Année universitaire du concours :

Discipline :

DES inscription :

Nombre de semestres validés au 4 mai 2026 :

Occuperez-vous un poste pour le prochain semestre dans la région Centre-Val de Loire :

OUI NON

Si **NON**, pour quel motif ?

- Stage hors subdivision
- Echange HUGO
- Disponibilité (préciser le motif)
- Année-recherche

Si **OUI**, préciser votre demande :

Stage au titre d'une FST/option – à préciser :

Fléchage dans le DES d'affectation – stage à préciser :

Uniquement pour besoin de maquette (stage CHU à réaliser dans un délai contraint ou projet post-internat)
Démarche : compléter annexes 1-2-3-4-5

Stage hors filière (ancien régime) – discipline à préciser :

Démarche : compléter annexes 1-2-3

Stage libre (stage ne disposant pas d'agrément complémentaire) : spécialité et établissement à préciser :

Démarche : compléter annexes 1-2-3

Surnombre validant Surnombre non validant - motif :

Uniquement les internes se trouvant dans l'une des situations particulières suivantes : état de grossesse, congé maternité, affection pouvant donner lieu à un congé de longue durée ou de longue maladie, situation de handicap
A fournir : justificatif, accord chef de service, accord des affaires médicales

Droit au remord – nouveau DES à préciser :

A fournir : lettre motivée et accord coordonnateur du DES d'accueil avec mention des stages repris au titre de la nouvelle maquette de formation

Projet de stage

Précisez notamment si cette demande est nécessaire pour le respect de votre maquette de DES (+ DESC) et/ou si elle correspond à un projet professionnel, si oui lequel :

Projet post-internat

Avis du coordonnateur local du DES (+ DESC)

Fournir avis sur la candidature, le projet de stage et le devenir du candidat (au CHU ou dans la région : CCA, AHU, assistant spécialiste régional, assistant spécialiste CHU...)

Avis du coordonnateur local d'accueil du DES (+ DESC)

Annexe 3 :

Maquette de l'interne

SEMESTRE	ETABLISSEMENT	SERVICE	STATUT (validé / non validé)
Nov 25-Mai 26			
Mai 25-Nov 25			
Nov-24-Mai-25			
Mai-24-Nov-24			
Nov-23-Mai-24			
Mai-23-Nov-23			
Nov-22-Mai-23			
Mai 22-Nov-22			
Nov-21-Mai-22			
Mai-21-Nov-21			
Nov-20-Mai-21			
Mai-20-Nov-20			
Nov-19 – Mai-20			
Mai-19 – Nov-19			
Nov-18 – Mai-19			
Mai-18 – Nov-18			

Avis du chef de service d'accueil

(à compléter pour une demande de fléchage)

Je soussigné(e)

Chef de Service de :

Donne un avis favorable à :

Pour accomplir un semestre dans mon service de :

mai à novembre

novembre à mai

Date :

Signature :

Avis de la direction des affaires médicales

*(à compléter pour une demande de fléchage
et uniquement pour les stages hors CHU)*

Je soussigné(e)

Nom de l'établissement :

Donne un avis favorable à :

Pour accomplir un semestre dans mon établissement de :

- mai à novembre
- novembre à mai

Date :

Signature :