|  |  |
| --- | --- |
|  | **FICHE DE RENSEIGNEMENT****INTERNE** |

**Date d’entrée :** Cliquez ici pour taper du texte.

**Service d’affectation :** Cliquez ici pour taper du texte.

**Nom de la Faculté de Médecine :** Cliquez ici pour taper du texte.

**Nombre de semestre validé :** Cliquez ici pour taper du texte.

*(Veuillez cocher votre grade ci-dessous)*

|  |  |
| --- | --- |
| **🞏 Interne** | 🞏 Spécialité : Cliquez ici pour taper du texte.*(Précisez)*🞏 Pharmacie |
| **🞏 Dr Junior** |

|  |
| --- |
| **IDENTITE DE L’INTERNE** |
| NOM : Cliquez ici pour taper du texte.PRENOM : Cliquez ici pour taper du texte.N° RPPS : Cliquez ici pour taper du texte. | DATE DE NAISSANCE : Cliquez ici pour taper du texte.LIEU DE NAISSANCE : Cliquez ici pour taper du texte.NATIONALITE : Cliquez ici pour taper du texte. |
| ADRESSE POSTALE : Cliquez ici pour taper du texte.CODE POSTAL : Cliquez ici pour taper du texte.VILLE : Cliquez ici pour taper du texte. N° DE TELEPHONE : Cliquez ici pour taper du texte.ADRESSE MAIL : Cliquez ici pour taper du texte. | N° SECURITE SOCIALE COMPLET AVEC LA CLE : Cliquez ici pour taper du texte.CPAM DE RATTACHEMENT : Cliquez ici pour taper du texte. |
| **SITUATION FAMILIALE** |
| Célibataire, Pacsé(e), Marié(e), Divorcé(e), Veuillez préciser  : Cliquez ici pour taper du texte. | Nb d’enfant à charge : Nom, Prénom, Date de naissance des enfants :*
 |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **LISTE DES PIECES A FOURNIR****INTERNE** |

**LISTE DES PIECES A FOURNIR AVANT VOTRE ARRIVEE**

* Carte d’identité ou passeport
* Carte vitale ou attestation de droits
* Relevé d’identité bancaire
* Pass sanitaire
* Votre numéro RPPS
* Certificat médical d’aptitude physique et mentale pour l’exercice des fonctions hospitalière et condition d’immunisation contre certaines maladies fixées par arrêté du ministre chargé de la Santé (cf. document type ci-après).
* Attestation du nombre de congés pris au précédent semestre

Pour les internes avec des enfants :

* Copie du livret de famille
* Attestation de l’employeur du ou de la conjoint(e) mentionnant le non-paiement du supplément familial

|  |  |
| --- | --- |
|  | **CERTIFICAL MEDICAL****A retourner à la Direction des Affaires Médicales** |

CERTIFICAT MEDICAL DELIVRE PAR UN MEDECIN HOSPITALIER

Article R.6153-7 du Code de la Santé Publique

Je soussigné, Docteur : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Agissant en qualité de : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Au Centre Hospitalier de : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Certifie que : 🞏 Madame 🞏 Monsieur

Nom – Prénom de l’interne : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* Remplit les conditions d’aptitude physique et mentale pour l’exercice des fonctions hospitalières ;
* Remplit les conditions d’immunisation contre certaines maladies fixées par arrêté du ministre chargé de la Santé ;

Fait à \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Le \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Signature et cachet du médecin