**Merci de remplir une fiche par place disponible dans l’établissement**

**Merci de bien vouloir retourner ce document**

**au secrétariat DéfiScience avant le 20/01/2020**

**ghe.defiscience@chu-lyon.fr**

*A l’attention de Marie-Pierre Reymond*

**Accueil d’un étudiant en 2ème médecine Fac Lyon SUD pour stage de 3 jours**

**du 26 au 28/05/2020**

**L’ETABLISSEMENT MEDICO-SOCIAL**

**Nom de l’établissement :** Cliquez ici pour taper du texte.

**Nom de l’association  gestionnaire :** Cliquez ici pour taper du texte.

**Adresse complète de l’établissement :** Cliquez ici pour taper du texte.

**Public accueilli** [ ]  **Enfants** [ ]  **Adolescents** [ ]  **Adultes**

**Type d’établissement**

[ ]  **Ime** [ ]  **Sessad** [ ]  **Camsp** [ ]  **foyer de vie** [ ]  **Foyer d’accueil médicalisé** [ ]  **maison d’accueil spécialisé** [ ]  **Esat** [ ]  **Centre d’Education motrice** [ ]  **Samsah** [ ]  **autres :** Cliquez ici pour taper du texte.

**LIEU DE STAGE :** [ ]  **Accueil de jour** [ ]  **hébergement** [ ]  **Domicile** [ ]  **autres** Cliquez ici pour taper du texte.

**Groupe ou unité de l’établissement concerné par le stage:** Cliquez ici pour taper du texte.

**Nature du handicap***(possibilité de cocher plusieurs cases)*

[ ]  **Visuel** [ ]  **Auditif** [ ]  **Psychique** [ ]  **intellectuel** [ ]  **Autisme** [ ]  **Polyhandicap** [ ]  **Moteur**

[ ]  **Paralysie cérébrale** [ ]  **autres** Cliquez ici pour taper du texte.

**Directeur/réfèrent administratif de l’étudiant**

**Nom :** Cliquez ici pour taper du texte. **Prénom :** Cliquez ici pour taper du texte.

**adresse email :** Cliquez ici pour taper du texte.

**coordonnées téléphoniques :** Cliquez ici pour taper du texte.

**Référent professionnel de l’étudiant**

**Nom :** Cliquez ici pour taper du texte. **Prénom :** Cliquez ici pour taper du texte.

**Fonction:** Cliquez ici pour taper du texte.

**adresse email :** Cliquez ici pour taper du texte.

**coordonnées téléphoniques :** Cliquez ici pour taper du texte.

**Personne en situation de handicap référente du dispositif (éventuellement,**

**représentant CVS)**

**Nom :** Cliquez ici pour taper du texte. **Prénom :** Cliquez ici pour taper du texte.