

◆ **Annexe**

**Accord de principe de l'Etablissement d'Accueil**

- **Nom de l'Hôpital :**
- **Université de rattachement (si nécessaire) :**
- **Direction / service :**
  
- **Adresse - Pays :**
  
- **Téléphone :**
- **Télécopie :**
- **Courriel :**

**Je, soussigné (Nom, Prénom)**

**suis d'accord, sous réserve de recevabilité de son dossier par la commission des relations internationales de l'UFR de Médecine de l'Université Paris Diderot, pour accueillir dans mon service :**

**- M. / Mlle :**

**Etudiant(e) en DCEM \_\_\_ à l'UFR de Médecine de l'Université Paris Diderot**

**- Spécialité :**

**- Projet pédagogique :**

**- Encadrement médical :**

**- Gardes :**

**- Stage hospitalier du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_ (inclus)**

---

**Date, Signature**

**Cachet de l'établissement d'accueil**