

## SERVICE SANITAIRE DES ETUDIANTS EN SANTE - SSES

### FICHE CONTACT avec LA STRUCTURE D'ACCUEIL

A remplir par le groupe **après la prise de contact** avec la structure d'accueil et **à renvoyer par mail** avant la date qui vous a été attribuée.

<b>Nom de la Composante de l'Université</b>	<input type="checkbox"/> Médecine LE <input type="checkbox"/> Médecine/Maïeutique LS <input type="checkbox"/> Pharmacie		<input type="checkbox"/> Odontologie <input type="checkbox"/> ISTR - Kiné <input type="checkbox"/> IFSI - Infirmier	
<b>Nom et Prénom des étudiants du Groupe</b> <b>Noter l'ESI chargé de la communication avec le formateur</b>	-	-	-	-
<b>Cadre formateur référent du groupe</b>				
<b>Nom de la structure d'accueil</b> <b>Adresse</b>				
<b>Appartenance au réseau</b> <small>(EN Education Nationale, MFR, SSU, DRAAF, ...)</small>				
<b>Nom et Prénom du Responsable de la structure d'accueil</b> <b>Tél. &amp; Mail</b>				
<b>Nom de votre référent de proximité</b> <b>Fonction et mail</b>				
<b>Public concerné</b>	Niveau/Âge	Nbr de Groupes	Effectif total ciblé	½ groupes  OUI NON
<b>Thématique choisie détaillée</b> <b>Attendue par l'établissement d'accueil</b>				
<b>Date RDV préparatoire avec le référent</b>				
<b>Modalités de la rencontre préparatoire</b>	VISITE SUR SITE <input type="checkbox"/> RDV TEL <input type="checkbox"/> VISIO <input type="checkbox"/> MAIL <input type="checkbox"/>			
<b>Si visite sur site</b>	Moyen de transport utilisé :  Nom et prénom des étudiant-e-s qui se sont déplacés :			
<b>Dates d'intervention SSES dans la structure d'accueil</b>				

Ce document une fois rempli est à renvoyer par mail au cadre formateur référent du groupe