

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.

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

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