



**CANDIDATURE - BOURSE DE STAGE**  
**POUR LES ETUDIANTS INTERNES EN MEDECINE GENERALE**  
 1<sup>ère</sup> demande  Renouvellement

**I IDENTITE**

Nom de l'Etudiant(e) (en caractères d'imprimerie) : .....

Prénoms (dans l'ordre de l'Etat civil) : .....

Date et lieu de naissance : .....

Situation de famille : .....

Adresse précise : .....

Tél : ..... E mail : .....

**II SCOLARITE**

Faculté fréquentée : .....

Année du 3<sup>e</sup> cycle pour laquelle la bourse pour le stage est sollicitée:  1<sup>ère</sup>  2<sup>nd</sup>  3<sup>ème</sup>

Etes-vous titulaire d'un CESP ? .....

**III PRATICIEN MAITRE DE STAGE**

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse du cabinet : .....

59610 FOURMIÉS

Durée du stage : du ..... au .....

Nombre de jours de présence/semaine : .....

Jours de présence :  Lundi  Mardi  Mercredi  Jeudi  Vendredi

Nombre total de jours de présence : ..... (hors congés)

**IV MODALITES**

Attribution d'une bourse de stage sous forme de versements mensuels d'un montant de 300 €

## V CONDITION D'ATTRIBUTION

Effectuer un stage auprès de professionnels, agréés maître de stage, situés sur le territoire de la Commune de Fourmies

Si le bénéficiaire n'effectue pas son stage dans sa totalité, peu importe la raison et de qui est à l'origine de la cession prématurée, il sera tenu de rembourser l'aide dans un délai d'un an à compter de la décision de résiliation, avec possibilité de remboursement fractionné.

## VI PIÈCES À JOINDRE IMPÉRATIVEMENT À LA CANDIDATURE :

- Carte d'identité recto/verso
- Dernier avis d'imposition ou de non imposition sur le revenu de l'étudiant(e) et de son conjoint
- Certificat de scolarité original ou carte d'étudiant(e), et attestation par la Faculté de l'assiduité de l'étudiant(e)
- Attestation d'attribution ou de rejet du CESP et copie du CESP
- Justificatif de stage (convention ou affectation)
- Curriculum Vitae
- Lettre expliquant les motivations de l'étudiant(e) pour exercer à Fourmies
- RIB

## VII IMPORTANT

Pour la bonne instruction de votre dossier, nous vous invitons à compléter intégralement ce formulaire et à fournir impérativement les pièces justificatives. Toute demande incomplète vous sera retournée.

Renseignements certifiés exacts :

Fait à : ..... Le .....

Signature

Le dossier est à renvoyer :

MAIRIE DE FOURMIÉS - ATELIER SANTE VILLE  
CS 50100  
59611 FOURMIÉS CEDEX

**Contact :**

Direction de la solidarité urbaine au 03 27 59 69 63 ou [dsu@fourmies.fr](mailto:dsu@fourmies.fr)

**Traitement des données personnelles**

Les informations vous concernant sont collectées par la Commune de Fourmies pour gérer votre demande d'aide aux études médicales et paramédicales, dans le cadre de son dispositif municipal de lutte contre la désertification médicale et d'accès aux soins à Fourmies 2020/2026. Le traitement relève d'une mission d'intérêt public de la Commune de Fourmies. Les finalités de ce traitement sont l'instruction et la gestion de votre dossier, votre participation aux actions de suivi, de promotion et d'animation du dispositif, le cas échéant les procédures de remboursement de l'aide.

Vos données sont destinées aux services instructeurs de la Commune de Fourmies et pour partie à l'Agence Régionale de Santé et à l'Ordre professionnel duquel relève votre spécialité. Elles sont obligatoires et nécessaires pour l'instruction du dossier. Le défaut de réponse entraînera une impossibilité de traiter votre demande. Les informations sont conservées par la Commune de Fourmies pour une durée de 9 ans.

Conformément à la loi n°78-17 et au règlement (UE) 2016/679, vous avez un droit d'accès et de rectification de vos données, ainsi que d'un droit de limitation et d'opposition de leur traitement, dans les conditions prévues par ces textes. Enfin vous pouvez définir le sort de vos données après votre décès.

Vous pouvez exercer vos droits en contactant le Délégué à la protection des données, par courrier (MAIRIE DE FOURMIES – CS 50100 – 59611 Fourmies Cedex). Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, introduire une réclamation auprès de la CNIL.



## DEMANDE D'INDEMNISATION DES FRAIS DE DEPLACEMENT DANS LE CADRE DE LA BOURSE DE STAGE POUR LES ETUDIANTS INTERNES EN MEDECINE GENERALE

1<sup>ère</sup> demande

Renouvellement

### I IDENTITE

Nom de l'Etudiant(e) (en caractères d'imprimerie) : .....

Prénoms (dans l'ordre de l'Etat civil) : .....

Date et lieu de naissance : .....

Situation de famille : .....

Adresse précise : .....

Tél : ..... Email : .....

Aide plafonnée à 720 € pour toute la durée du stage, à raison d'une prise en charge forfaitaire de 30 €/semaine

Nombre de semaine de stage ..... X 30 € = ..... €

Déclaration sur l'honneur

Je soussigné(e) ....., demeurant ..... atteste sur l'honneur de l'exactitude des éléments fournis pour recevoir une indemnité pour mes frais de déplacement. J'atteste ne recevoir aucune autre aide financière de même nature, à savoir des aides au déplacement apportées par d'autres collectivités territoriales et par tout autre organisme public ou privé, dont notamment l'indemnité forfaitaire de transport de l'Etat.

J'ai pris connaissance des sanctions pénales encourues par l'auteur d'une fausse attestation.

Pour servir et valoir ce que de droit,

Fait à ....., le .....

Signature

## II PRATICIEN MAITRE DE STAGE

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse du cabinet : .....

59610 FOURMIES

Durée du stage : du ..... au .....

Nombre de jours de présence/semaine : .....

Jours de présence :  Lundi  Mardi  Mercredi  Jeudi  Vendredi

Nombre total de jours de présence : ..... (hors congés)

## III MODALITES

Pendant la durée du stage, prise en charge forfaitaire de 30 € par semaine des frais de déplacements dans la limite des strictes obligations liées aux études et à la fréquence maximale d'un aller-retour par semaine.

Aide non-cumulable avec une indemnité de déplacement octroyée par d'autres organismes ou institutions

## IV PIECES A JOINDRE IMPERATIVEMENT A LA CANDIDATURE :

- Carte d'identité recto/verso
- Dernier avis d'imposition ou de non-imposition sur le revenu de l'étudiant(e) et de son conjoint
- Certificat de scolarité original ou carte d'étudiant(e), et attestation par la Faculté de l'assiduité de l'étudiant(e)
- Attestation d'attribution ou de rejet du CESP et copie du CESP
- Justificatif de stage (convention ou affectation)
- Curriculum Vitae
- Lettre expliquant les motivations de l'étudiant(e) pour exercer à Fourmies
- RIB

## V IMPORTANT

Pour la bonne instruction de votre dossier, nous vous invitons à compléter intégralement ce formulaire et à fournir impérativement les pièces justificatives. Toute demande incomplète vous sera retournée.

Renseignements certifiés exacts :

Fait à : ..... Le .....

Signature

Le dossier est à renvoyer :

MAIRIE DE FOURMIES - ATELIER SANTE VILLE  
CS 50100  
59611 FOURMIES CEDEX

## Contact :

Direction de la solidarité urbaine au 03 27 59 69 63 ou [dsu@fourmies.fr](mailto:dsu@fourmies.fr)

### Traitement des données personnelles

Les informations vous concernant sont collectées par la Commune de Fourmies pour gérer votre demande d'aide aux études médicales et paramédicales, dans le cadre de son dispositif municipal de lutte contre la désertification médicale et d'accès aux soins à Fourmies 2020/2026. Le traitement relève d'une mission d'intérêt public de la Commune de Fourmies. Les finalités de ce traitement sont l'instruction et la gestion de votre dossier, votre participation aux actions de suivi, de promotion et d'animation du dispositif, le cas échéant les procédures de remboursement de l'aide.

Vos données sont destinées aux services instructeurs de la Commune de Fourmies et pour partie à l'Agence Régionale de Santé et à l'Ordre professionnel duquel relève votre spécialité. Elles sont obligatoires et nécessaires pour l'instruction du dossier. Le défaut de réponse entraînera une impossibilité de traiter votre demande. Les informations sont conservées par la Commune de Fourmies pour une durée de 9 ans.

Conformément à la loi n°78-17 et au règlement (UE) 2016/679, vous avez un droit d'accès et de rectification de vos données, ainsi que d'un droit de limitation et d'opposition de leur traitement, dans les conditions prévues par ces textes. Enfin vous pouvez définir le sort de vos données après votre décès.

Vous pouvez exercer vos droits en contactant le Délégué à la protection des données, par courrier (MAIRIE DE FOURMIES – CS 50100 – 59611 Fourmies Cedex). Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, introduire une réclamation auprès de la CNIL.