



FORMULAIRE DE DEMANDE DE BOURSE DE STAGE POUR LES INTERNES EN MEDECINE

Dates limite de dépôt :

**Avant le 31 mai pour la période de stage mai - novembre
et le 30 novembre pour la période de stage novembre - avril.**

RESERVE A L'ADMINISTRATION

DATE DE RECEPTION :/...../..... 1^{ère} demande renouvellement

Le dépôt du présent formulaire n'équivaut pas à validation de l'aide.

Tout dossier doit arriver dans les délais imposés et complet (formulaire entièrement rempli sans approximation et toutes les pièces justificatives présentes). Un exemplaire papier doit obligatoirement être envoyé.

De plus, votre candidature est soumise à l'avis des membres d'un comité consultatif qui apposera ou non un avis favorable à votre demande.

A- IDENTIFICATION

Nom :

Prénoms :

Date de naissance : Lieu de naissance :

Nationalité : Situation familiale :

Adresse :

.....

Code postal : Ville :

Téléphone : Courriel :

B- SCOLARITE

Faculté de Médecine fréquentée :

Année d'études :

C- PRATICIEN MAITRE DE STAGE

Nom :

Prénom :

Adresse du cabinet:

.....

Code postal : Ville :

Téléphone :

Durée du stage : duau

Nb jours de présence/sem :

Jours de présence : Lun Mar Merc Jeu Vend

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

JUSTIFICATIFS A FOURNIR : carte d'identité recto + verso, lettre de motivation, Certificat de scolarité original, justificatif de stage (convention ou affectation), attestation d'attribution du CESP si bénéficiaire, RIB

Tout dossier incomplet vous sera refusé

Je déclare avoir pris connaissance de la notice explicative et j'atteste sur l'honneur l'exactitude des informations renseignées.

Fait à : Le : Signature



**FORMULAIRE DE DEMANDE D'INDEMNISATION DES FRAIS DE DEPLACEMENT
POUR LES INTERNES EN MEDECINE
(Cumulable avec la bourse de stage)**

Dates limite de dépôt :

avant le 31 mai pour la période de stage mai-novembre et le 30 novembre pour la période de stage novembre-avril.

RESERVE A L'ADMINISTRATION

DATE DE RECEPTION :/...../..... 1^{ère} demande renouvellement

Vous pouvez également bénéficier d'une indemnisation des frais de déplacement pendant la durée de votre stage si vous ne bénéficiez d'aucune autre aide financière de même nature par d'autres collectivités territoriales et par tout autre organisme public ou privé.

Nom :

Prénoms :

Date de naissance : Lieu de naissance :

Nationalité : Situation familiale :

Adresse :

.....

Code postal : Ville :

Téléphone : Courriel :

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 soussignée M., Mme (nom, prénom), demeurant au

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

NOTICE EXPLICATIVE

OBJECTIFS

- Inciter les internes en médecine à réaliser leur stage chez les praticiens libéraux de La CAMVS,
- Faire découvrir le territoire aux étudiants en internat de médecine et les fidéliser,
- Augmenter le nombre de médecins généralistes sur la CAMVS.

NATURE ET MONTANT DE L'AIDE

- Bourse de stage : Aide financière accordée aux étudiants en internat de médecine générale effectuant leur stage de 3ème cycle universitaire chez des praticiens libéraux de la CAMVS. Le montant de l'aide s'élève à 25 €/ jour de présence effective pendant la durée du stage.
- Indemnisation kilométrique : prise en charge forfaitaire de 30€/semaine des frais de déplacement dans la limite des strictes obligations liées aux études et à la fréquence maximale d'1 A/R par semaine. Aide plafonnée à 720 €.

BÉNÉFICIAIRES DE L'AIDE

Les étudiants en internat de médecine générale de 7ème, 8ème et 9ème années.

CONDITIONS D'ATTRIBUTION DE L'AIDE

- Déposer un dossier de demande **avant le 31 mai** pour la période de stage mai-novembre et avant le **30 novembre** pour la période de stage novembre-avril.
- tout dossier incomplet sera refusé
- Signer une convention avec la CAMVS précisant les conditions générales d'attribution de l'aide, son montant maximal, ainsi que les modalités de son éventuel remboursement total ou partiel, en cas de non-respect de ces dispositions ;
- Effectuer le stage chez un praticien d'un cabinet médical du territoire, exerçant dans le ressort territorial de la faculté de médecine où l'étudiant est inscrit.

VERSEMENT DE L'AIDE

L'aide sera versée à hauteur de 50 % au démarrage du stage après signature d'une convention et le solde à la fin du stage sur présentation des justificatifs demandés.

CONDITIONS D'INTERRUPTION DE L'AIDE

En cas d'interruption momentanée de stage, le versement de la prime est suspendu. Durant la période d'interruption, la prime sera versée prorata temporis (base : mois de 30 jours).

COMPOSITION DU DOSSIER DE DEMANDE D'AIDE

- Carte d'identité recto + verso
- Lettre de motivation
- Certificat de scolarité original
- Attestation de spécialité choisie
- Justificatif de stage (convention de stage ou affectation de stage)
- Attestation d'attribution du CESP ou d'une aide au déplacement de la Région, si bénéficiaire
- Justificatif de transport (attestation sur l'honneur)
- RIB

OÙ SE PROCURER LE FORMULAIRE DE DEMANDE D'AIDE ?

Le formulaire de demande d'aide est disponible sur demande :

- auprès du service santé prévention : sante@amvs.fr
- auprès de la faculté de médecine de l'étudiant
- auprès des médecins maîtres de stage de la CAMVS
- ou en téléchargement sur le site Internet de la CAMVS : www.agglo-maubeugevaldesambre.fr

OÙ ENVOYER LE DOSSIER DE DEMANDE D'AIDE ?

La demande d'aide doit être envoyée soit :

- par courrier à : Communauté d'Agglomération Maubeuge-Val de Sambre
Direction Santé-Prévention
1, Place du pavillon – BP 50234 - 59603 Maubeuge cedex-
- ou par courriel : sante@amvs.fr

Le service santé prévention de la CAMVS se tient à votre disposition pour toute information complémentaire au 03 27 69 26 93 / adresse courriel : sante@amvs.fr



ATTESTATION DE PRESENCE

(à retourner à l'issue du stage pour le versement du solde de l'aide)

Le Maître de stage

Prénom :

Nom :

Adresse :

.....

Certifie que l'étudiant(e) :

Prénom :

Nom :

A été présent(e) :

Du :Au :

Nombre exact de jours de présence (congé déduit) :

Certifié exact, le :

Signature du maître de stage