|  |  |
| --- | --- |
| Nom de naissance : ………………………Prénom : ………………………………………Nom d’usage : ………………………………Tél. : ………………………………………………Email : ……………………………………………N° d’étudiant : ……………………………… | Année d’entrée DES : 20………/20…………Tuteur : ………………………………………………… |

**FORMATION PRATIQUE EN STAGE (lieu et date)**

* Praticien niveau 1 :
* Urgences adulte :
* Médecine adulte polyvalente :
* Santé de l’enfant :
* Santé de la femme :
* Praticien niveau 2 (SASPAS) :

**FORMATION THÉORIQUE**

* Compétences (séminaires, SMD, GISSMED, Balint, test de lecture, anglais…) :
* Ateliers : N1 : validés / non validés, N2 : validés / non validés
* GEP : PhS : validés / non validés, PhA1 : validés / non validés, PhA2 : validés / non validés
* Tutorat collectif et individuel : validé / non validé
* Autres (congrès, formation hors fac…) :

**TRACES D’APPRENTISSAGE** : validées / non validées

**THÈSE**

* Titre :
* Date de soutenance :

|  |  |
| --- | --- |
| Je soussigné, ……………………………. demande mon inscription à la session de soutenance du DES de MG du ……..Signature Date | Je soussigné, ……………………………….tuteur de l’interne, après vérification de son portfolio, l’autorise à s’inscrire à la session de soutenance du DES de MG du ……….Signature Date |