

Fiche d'identité de structure

Établie par _____

le _____

NOM DE LA STRUCTURE : _____

ADRESSE : _____

CODE POSTAL

--	--	--	--	--

 LOCALITÉ _____

TÉLÉPHONE

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

EFFECTIFS :

INFIRMIER :

AIDE-SOIGNANT :

AUXILIAIRE DE PUÉRICULTURE :

PUÉRICULTRICE :

AUTRES PROFESSIONNELS :

QUOTAS élèves/étudiants :

Quelle est votre capacité d'accueil simultané pour les élèves AS/AP et étudiants IDE

Contacts

DIRECTEUR DE L'ÉTABLISSEMENT : _____

NOM Prénom : _____

TÉLÉPHONE

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

MAIL : _____

RESPONSABLE DES STAGES : _____

NOM Prénom : _____

TÉLÉPHONE

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

MAIL : _____

CONVENTIONS ET AFFECTATIONS À ADRESSER À :

Identification du service

TYPE DE SERVICE :

- ☐ SCD (Soins de courte durée)
- ☐ SLD (Soins de longue durée)
- ☐ SICLV (Soins individuels et collectifs en milieu de vie)
- ☐ SSMP (Soins en santé mentale et psychiatrie)

Avez-vous envoyé le livret d'accueil ? ☐ Oui ☐ Non

Modalités pratiques d'accueil en stage

TRANSPORT

L'établissement est-il accessible en transport en commun ?

☐ Oui ☐ Non

Ligne de bus / tram :

Réseau SNCF :

Le véhicule est-il indispensable ?

☐ Oui ☐ Non

HÉBERGEMENT

L'hébergement est-il possible ?

☐ Oui ☐ Non

Tarifs :

À qui s'adresser ?

RESTAURATION

Possibilité de repas ?

☐ Oui ☐ Non

Tarifs :