



# Centre Hospitalier de Dax - Côte d'Argent

Direction des Ressources Humaines et de la Formation

Bd Yves du Manoir - B.P. 323 - 40107 DAX Cedex

Tél 05.58.91.48.56 et 05.58.91.39.56

Email : formation@ch-dax.fr - Fax : 05.58.35.66.69

## VOUS SOUHAITEZ ADRESSER UNE DEMANDE DE STAGE AU CENTRE HOSPITALIER DE DAX ?

### QUELLES SONT LES FORMALITÉS À ACCOMPLIR ?

#### Conditions préalables à la demande :

- Les stages doivent être obligatoirement d'une **durée maximum de 44 jours** par année.
- **Aucun stage gratifié** (rémunéré) n'est accordé.
- Les **personnes mineures** ne sont pas autorisées en services de soins (même en stage d'observation).
- Le dossier **COMPLET** de demande de stage doit parvenir au service formation **au minimum 2 mois avant le début du stage**.

#### 1<sup>ERE</sup> ETAPE – LA DEMANDE DE STAGE

↳ **Le dossier de demande de stage doit parvenir au service formation au minimum 2 mois avant le début du stage et comporter les documents suivants :**

- **Une demande écrite, sous la forme d'une lettre de motivation** avec les renseignements suivants :

- *La formation suivie, l'année et les objectifs du stage (diplôme préparé)*
- *Le calendrier avec les dates exactes des périodes de stage*
- *Le nom, l'adresse et les coordonnées téléphoniques et mail de votre établissement de formation*
- *Le terrain de stage souhaité (service)*

- **Un C.V.** : nom, prénom, date de naissance, adresse et numéro de téléphone, email, formations suivies, expériences professionnelles ou associatives, etc...

- **Le certificat médical d'aptitude à la pratique d'un stage en milieu hospitalier suivi du certificat de vaccinations** complété et signé d'un médecin (modèle ci-joint). Attention, ce point est indispensable à l'accord de tout stage au sein du Centre Hospitalier de Dax. L'absence de ces documents dans le dossier est un motif de refus.

- **Concernant l'hépatite B, l'attestation de laboratoire indiquant le résultat du taux de contrôle des anticorps anti-HBs.**

Attention, ce point est indispensable à l'accord de tout stage en service de soins au sein du Centre Hospitalier de Dax. L'absence de ce document dans le dossier est un motif de refus.

Ces documents doivent être envoyés à l'adresse suivante (postale ou mail) : **formation@ch-dax.fr**

#### **CENTRE HOSPITALIER DE DAX-COTE D'ARGENT**

Service de la formation continue du personnel non médical

Bd Yves du Manoir – B.P. 323

40107 DAX Cedex

#### 2<sup>EME</sup> ETAPE – TRANSMISSION DE LA DEMANDE ET REPONSE AU DEMANDEUR

↳ Après vérification de la complétude de votre dossier par le service formation, votre demande sera transmise au **cadre du terrain de stage souhaité** qui indiquera sa position en fonction des **possibilités d'accueil du service**, en précisant les horaires de stage et si besoins, les déplacements potentiels.

↳ Dans la mesure du possible, vous recevrez un **courrier de réponse** par le service formation. Cependant, **l'absence de réponse équivaut à un refus**.

↳ **Dans le cas d'un accord de stage :**

→ Vous devrez obligatoirement transmettre **avant le début du stage**, au service formation du Centre Hospitalier de Dax, la **convention dûment signée et tamponnée** de votre établissement de formation **par mail** et impérativement en **format Word**, avec les objectifs pédagogiques et la fiche d'évaluation de fin de stage.

→ Dans le cas de déplacements durant le stage mentionnés par le cadre, **3 exemplaires d'un avenant à la convention** seront joints au courrier de réponse : **1 exemplaire est à retourner signé** au service formation. Cet avenant autorise le stagiaire à bénéficier de déplacements, sous la responsabilité de son tuteur du stage, en qualité de passager d'un véhicule de service.

**Merci de votre attention.**



**CERTIFICAT MEDICAL D'APTITUDE A LA PRATIQUE D'UN STAGE EN MILIEU  
HOSPITALIER ET CERTIFICAT DE VACCINATIONS**

Type de stage (diplôme préparé) : .....

Je soussigné(e) Docteur : .....

Certifie avoir examiné ce jour : Mme / M. .... Né(e) le.....

J'atteste que :

- 1) **Le (la) candidat(e) susnommé(e) ne présente pas de contre-indications médicales à la pratique du stage demandé au sein du Centre Hospitalier de Dax-Côte d'Argent.**
- 2) **Que le (la) candidat(e) est à jour des vaccinations suivantes :**

- **DTP** : obligatoire pour tout stage.

Date du dernier rappel : .....

Pour les stages dans les **services de maternité et pédiatrie** :

Date de la dernière injection de **Coqueluche** : .....

- **BCG** :

Date : .....

- **TESTS TUBERCULINIQUES**, préciser **obligatoirement** :

- la date du dernier test : .....

- le résultat (lu en millimètres) : .....

- **HEPATITE B** : **Vaccination obligatoire pour les stages en services de soins** et notamment les stages pratiques (étudiants en médecine, BTS préleveurs sanguins...).

- 1<sup>ère</sup> injection : .....

- 2<sup>ème</sup> injection : .....

- 3<sup>ème</sup> injection : .....

- Rappels : .....

Résultat du contrôle du **taux des anticorps anti-HBs**, **joindre l'attestation laboratoire obligatoirement** :

Date : .....

Taux : ..... (taux protecteur si > 10 UI/L)

Pour les stages d'observation en services de soins, ce vaccin est **fortement recommandé** mais reste non obligatoire (L3111-4 du CSP).

- **THYPHOÏDE** : obligatoire pour les stages au **laboratoire**.

Dates : .....

- **LEPTOSPIROSE** : obligatoire pour les stages en **services techniques** (BTS métiers de l'eau, électricien, plombier...)

Dates : .....

**CERTIFICAT REMIS EN MAINS PROPRES ET DELIVRE POUR VALOIR CE QUE DE DROIT.**

Fait le .....

Cachet et signature du Médecin :