

**MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTE PUBLIQUE ET DE L'ENVIRONNEMENT**

Administration des Soins de Santé  
Service de l'Art de Guérir  
1010 BRUXELLES  
Cité Administrative de l'Etat  
Quartier Vésale, niveau 6  
tel. : 02/210.47.09-10 fax : 02/210.45.13  
SITE - www.health.fgov.be/AGP/fr/professions/professionnels-index.htm

<b>RESERVE A L'ADMINISTRATION</b>	
Date d'introduction :	.....
Envoi à l'I.N.A.M.I. :	.....

**DEMANDE D'ENREGISTREMENT D'UN PLAN DE STAGE DE DENTISTE**  
**{à compléter par le (la) candidat(e)}**

**NOM (nom de jeune fille pour femme mariée)** ..... **PRENOM** .....

**ADRESSE**

rue + n° : ..... code postal + localité : .....

courrier électronique : .....

**NATIONALITE** ..... **LIEU ET DATE DE NAISSANCE** .....

**SEXE** :  M  F (biffer la mention inutile) **DIPLÔME LEGAL** : UNIVERSITE ..... **DATE** .....

Visa de la Commission Médicale (voir diplôme visé)				date	numéro : .....	province : .....
---	--	--	--	------	----------------	------------------

**SPECIALITE DANS LAQUELLE VOUS SOUHAITEZ ETRE AGREE(E)**

.....

**SPECIALITE DANS LAQUELLE VOUS ETES EVENTUELLEMENT DEJA AGREE(E)**

.....

**Documents joints**

- Convention avec Maître de Stage ou Institution relative à la rémunération équitable
- Copie diplôme
- Programme de formation
- Preuve acceptation par faculté

Premier plan - Modification (biffer la mention inutile)

### PLAN DE STAGE - SPECIALITE :

<b>RESERVE A</b>
<b>L'ADMINISTRATION</b>
Date début formation légale
<input type="text"/>

NOM

PRENOM

### PERIODES DE STAGES

Début	durée en mois	fin	maître de stage	service de stage	signature
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Total en mois

<b>MAITRE DE STAGE COORDINATEUR</b>	
NOM, PRENOM, INSTITUTION	SIGNATURE
<input type="text"/>	<input type="text"/>

<b>SIGNATURE DU CANDIDAT</b>
<input type="text"/>

La demande de modification comporte :

- 1. inscription de la totalité de la formation**
- 2. apposition de la signature du maître de stage au niveau de la modification**
- 3. apposition de la signature du maître de stage coordinateur**