

Renseignements concernant le stagiaire :

N° Etudiant : 21630023 N° de téléphone : 0674882949
 NOM : BILLIET Prénom : Louis
 Diplôme préparé : Master 2 SITIS

Renseignements concernant le stage :

Nature du stage : ☒ Obligatoire ☐ Non obligatoire ☐ Stage à l'étranger
 Sujet : Projet "Drug safe", brique : émergence de signaux de mésusage du médicament au travers de forum publics à thématique de santé
 Activités confiées :
 Date de début de stage : 12/02/2018 Date de fin de stage :
 Interruption éventuelle :
 Durée de stage en heures (tenir compte des éventuelles interruptions) :
 Quotité : ☒ Temps plein ☐ Temps partiel (Préciser) :
 Enseignant référent du stage :

Gratification (pour un stage en France, d'une durée égale ou supérieure à 309h, le montant légal minimum est de 3.75€ net/heure)

Montant de la gratification : Stage non rémunéré (rémunération en tant qu'interne) Modalités de versement :
 Organisme payeur :

Renseignements concernant l'organisme d'accueil (établissement d'accueil, siège social) :

Aide pour choisir l'organisme de stage et le signataire à indiquer sur la convention

	Organisme ou établissement d'accueil	Service d'accueil ou Lieu du stage	Signataire
CNRS	Délégation régionale	Laboratoire concerné	Délégué régional
	Université de Bordeaux	Laboratoire concerné	Directeur de l'unité
Inserm	Délégation régionale	Unités 1026, 1029, 1034, 1053, 1212 et 1215	Délégué régional
	Université de Bordeaux	Unités 1035, 1045, 1211, 1218, 1219	Directeur de l'unité
INRA	Délégation régionale	Laboratoire concerné	Président de centre
	Université de Bordeaux	Laboratoire concerné	Directeur de l'unité
Groupe d'entreprises	Siège social	Filiale, site ou service	Dirigeant de l'entreprise ou responsable ressources humaines

Organisme d'accueil : INSERM Délégation Aquitaine Poitou-Charentes, unité U1219, équipe ERIAS
 Département ou Pays : France, Gironde Type d'établissement :
 N° SIRET (établissements français seulement) : Code APE :
 Adresse : 146 rue Léo Saignat, bâtiment ISPED
 Code postal : 33076 Commune : Bordeaux
 Tél : +33 (0)5 57 57 15 04

Signataire (Représentant officiel de l'organisme d'accueil) :
 Fonction :
 Tél : Mail :

Lieu de stage : (à remplir uniquement si le service où le stage se déroule est différent de l'organisme d'accueil)
 Nom du service :
 Adresse :
 Code postal : Commune :
 Tél :

Tuteur professionnel (maître de stage) :
 Fonction :
 Tél : Mail :

Conditions d'encadrement :
 Suivi (régularité des rendez-vous avec le tuteur de stage, disponibilité d'autre personnel...) :
 Matérielles (bureau, ordinateur portable, fixe...) :

A , le
 Signature du responsable de la formation :
 A , le
 Signature de l'étudiant :