

**Bureau de GESTION DES STAGES**  
**Mmes Catherine FRECHE et Justine FERNANDE**  
**Téléphone : 05.61.32.40.01**  
**Mail : [freche.c@chu-toulouse.fr](mailto:freche.c@chu-toulouse.fr)**  
**[fernande.j@chu-toulouse.fr](mailto:fernande.j@chu-toulouse.fr)**



**Secrétariat du CFUO**  
 Faculté de Santé Université Paul Sabatier – Département Médecine Maïeutique  
 Paramédical Orthophonie – 133 Route de Narbonne - 31062 TOULOUSE Cedex  
**[orthophonie.gestion@univ-tlse3.fr](mailto:orthophonie.gestion@univ-tlse3.fr)**  
**[orthophonie.stages@univ-tlse3.fr](mailto:orthophonie.stages@univ-tlse3.fr)**

Entre Le(la) Tuteur(trice) de Stage du CHU	Et l'étudiant(e) de l'UPS
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Fonction :	Année /cycle :
Service :	Tél :
Pôle :	Mail :
Tél :	Adresse postale :
Mail :	
Adresse du site d'accueil :	

**ACCORD DE STAGE ORTHOPHONIE CHU/UPS**

**Année universitaire : ...../.....**

*Le Tuteur(trice) de stage susnommé(e), accepte de prendre en stage l'étudiant(e) susnommé(e) :*

*Du ..... au ..... (dates), selon les modalités particulières ci-après :*

*- jours de présence : .....*

*.....*

*- horaires du stage : .....*

*- nombre d'heures total de stage : .....*

*Cet accord vaut pour engagement formel des parties et doit être impérativement envoyé au bureau des stages du CHU et au secrétariat du CFUO **au plus tard un mois avant le début du stage**, pour être validé.*

*Date :*

*Date :*

*Signature du Tuteur (trice)*

*Signature de l'étudiant(e)*