

## LES STAGES DES PROFESSIONNELS PARAMEDICAUX

Ils ont pour objectif de développer ou acquérir des compétences spécifiques ou une habilitation à exercer dans un domaine d'activité par l'apprentissage de pratiques mises en œuvre dans une unité de soins ou médico-techniques du CHU.

Le professionnel paramédical prend contact directement avec le cadre de santé du secteur concerné.

Après avoir reçu un accord pour effectuer votre stage au CHU, deux cas de figures se présentent :

- Soit l'Etablissement, employeur du professionnel, adresse à la Direction des Soins la convention de stage **non rémunéré** correspondante, déjà signée par lui-même et le professionnel à :

✉ [SecretariatDirSoins@chu-grenoble.fr](mailto:SecretariatDirSoins@chu-grenoble.fr)

- Soit le professionnel libéral prend contact avec le secrétariat de la Direction des Soins au :

☎ 04 76 76 50 09

pour que soit établie une convention de stage **non rémunéré** « stagiaire libre ». Il doit alors fournir : une lettre de motivation et un curriculum vitae, ainsi que les pièces justificatives demandées (*cf pages ci-après*).

**Votre convention et les pièces justificatives doivent nous parvenir en 1 seul envoi, au moins 1 mois avant le début du stage.**

**Tout dossier incomplet sera refusé, sans étude de la demande.**

RAPPEL : le stage ne pourra débuter que lorsque votre convention aura été signée par le Directeur Coordonnateur Général des Soins.



## **PIECES JUSTIFICATIVES EXIGÉES AVEC LA CONVENTION DE STAGE**

1 - Attestation de **Responsabilité Civile** couvrant la période du stage.

Cas particulier d'un **stage pour le certificat de prélèvements sanguins** : attestation de **Responsabilité Civile** où est mentionné « **pour effectuer des actes professionnels** ».

2- **Certificat de non contagion** (datant de moins de 3 mois) et **Synthèse des vaccinations exigées (en annexe)** - à faire remplir par un médecin

3- **Convention de stage signée** par le/la futur(e) stagiaire et l'organisme de formation (ou l'établissement employeur)

Les documents sont à adresser par mail, en un seul envoi, à : [Secretariatdirsoins@chu-grenoble.fr](mailto:Secretariatdirsoins@chu-grenoble.fr)

**La convention et les pièces justificatives doivent parvenir à la Direction des Soins au moins 1 MOIS avant le début du stage.**

***RAPPEL*** : le stage ne pourra débuter que lorsque la convention aura été signée par le Directeur Coordonnateur Général des Soins du CHUGA.



**ANNEXE : CERTIFICAT DE NON CONTAGIOSITE ET SYNTHESE DES VACCINATIONS  
A FOURNIR AVEC LA CONVENTION DE STAGE (établi par un médecin)**

Je soussigné(e) Dr .....

Certifie qu'après avoir examiné Monsieur/Madame .....

né(e) le ...../...../.....

celui-ci (celle-ci) ne présente à ce jour ni contre-indication à la vie en collectivité, ni signe d'affection contagieuse évolutive cliniquement décelable.

Je m'engage aussi à remplir avec précision le tableau suivant :

Vaccinations pour tous	A JOUR	Date
<b>Covid 19</b> (Pass sanitaire)		Date du vaccin ou de la maladie
	1 <sup>ère</sup> injection <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
	2 <sup>ème</sup> injection <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
	3 <sup>ème</sup> injection <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
ou Certificat médical de contre-indication ( <b>à joindre</b> )		
<b>DTPCoq</b>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
<b>ROR</b>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Date du vaccin (*) ou de la maladie: ...../...../.....
	(*) 1 <sup>ère</sup> injection <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
	(*) 2 <sup>ème</sup> injection <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
<b>BCG</b>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
<b>Tubertest</b> <b>Ou IGRA (quantiféron)</b> (moins de 3 mois)	Résultat Tubertest : Ou Résultat IGRA :	
Vaccinations selon conditions	A JOUR	Date
<b>Hépatite B</b> (sauf pour les stages administratifs, en crèche et en diététique)	1 <sup>ère</sup> injection <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
	2 <sup>ème</sup> injection <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
	3 <sup>ème</sup> injection <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
	Autres injections :	
	<b>Préciser la valeur des AC anti-Hbs</b> AC anti-HBs	
<b>Grippe</b> (recommandée en période hivernale - de novembre à fin janvier)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
<b>Varicelle</b>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Date du vaccin ou de la maladie : ...../...../.....

Fait à..... Signature et cachet

Le...../...../.....