

**Institut Sciences et Techniques de Réadaptation**  
**Département orthophonie**

**INSTITUT des SCIENCES et TECHNIQUES de la READAPTATION - Département orthophonie**

Adresse postale : 8 avenue Rockefeller - 69373 Lyon cedex 08

**Johanne BOUQUAND- Ségolène CHOPARD- Claire GENTIL-Alice MICHEL-JOMBART**

Responsables de la formation clinique

[stage.orthophonie@univ-lyon1.fr](mailto:stage.orthophonie@univ-lyon1.fr)

**Document 1**  
**DEMANDE D'AGREMENT**  
**2022-2023**

**DEMANDE D'AGREMENT**  
**Formateur clinique en Orthophonie - Maitre de stage**  
**ISTR – UCBLyon1**

Je soussigné(e)..... (nom de jeune fille.....)  
souhaite devenir maître de stage afin d'accueillir un étudiant en orthophonie

✧ NOM et Prénom de l'étudiant :

Année d'étude : C1-O2 (L2)  C1-O3 (L3)  C2-O1 (M1)  C2-O2 (M2)

✧ J'exerce en libéral : Oui  : Non   
Si oui, adresse du cabinet :

✧ J'exerce en institution Oui  : Non   
Si oui, nom et adresse de l'institution

Je vous sollicite dans le but d'obtenir l'agrément du Département Orthophonie – ISTR - Université Claude Bernard Lyon 1 et m'engage à respecter les engagements mentionnés dans les chartes.

✧ J'atteste avoir pris connaissance de la Charte. OUI  NON

J'accepte d'apparaître sur les listes de l'ARS /DREETS ARA (Directions régionales de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités Auvergne Rhône Alpes) \*.

OUI  NON

\*Si j'accepte, mes coordonnées seront transmises aux orthophonistes étrangers demandant la reconnaissance de leur diplôme en France.

✧ J'accepte d'être sollicité pour devenir lecteur de TPMO (Travail préparatoire au mémoire d'orthophonie) OUI  NON

✧ Fait à ..... Le .....

Signature du MDS

Merci de joindre la **photocopie de votre diplôme** ou un document justifiant la fonction d'orthophoniste :  
**(photocopie de la carte professionnelle de santé ou photocopie de feuille de soins barrée). Pour les diplômes**  
**obtenus à l'étranger, l'autorisation d'exercice en France.**