



DOCUMENT 5

BULLETIN D'INFORMATION SUR L'ORGANISATION HÔTE

(à remplir en caractères lisibles)

L'organisation est priée de remplir ce formulaire lisiblement en français, en anglais ou en allemand et de l'envoyer, par e-mail, au coordinateur national **avant le 31 octobre 2009**.

Veuillez également prendre en considération l'information suivante.

L'accueil de deux candidats peut présenter nombre d'avantages pour l'organisation et pour les candidats qui seront de préférence de nationalité différente. L'organisation d'accueil s'engage, après consultation avec le candidat, d'envoyer à celui-ci, par e-mail, une esquisse détaillée de son programme individuel de formation, et ce avant la date limite stipulée par HOPE .

1. Organisation

.....

2. Nom du Directeur de l'établissement

.....

3. Adresse complète de l'organisation et brève description de sa situation géographique (pays/région/département/villes importantes)

.....

.....

.....

4. Tél. (avec le code international)

Fax

E-mail

5. Type d'organisation

6. Nombre de lits (pour les hôpitaux)

7. Brève description des services rendus

.....



8. Nombre de postes d'échange disponibles

.....

9. Les candidats nécessitent-ils un profil particulier ?

.....
.....
.....
.....
.....

10. Langues acceptées (si des notions de base d'une des langues de votre pays sont requises, veuillez l'indiquer également)

.....
.....
.....
.....

11. L'organisation d'accueil mettra à la disposition du Professionnel un logement convenable **à titre gratuit**. Donnez quelques détails sur ce logement (cochez les cases appropriées) :

- Chambre individuelle Chambre commune Chambre individuelle/facilités communes
 Campus d'hôpital Chambre d'hôpital Université/Chambre d'étudiant Hôtel
 Appartement/Maison

Estimation du trajet du logement jusqu'à l'organisation d'accueil: 15 min 30 min 1 h

Est-il nécessaire de prendre les transports en commun Oui Non

L'organisation d'accueil prend-elle en charge les frais de transports en cas de réunions nationales Oui Non



.....
.....
.....
.....
.....

Quel sera le prix à payer par le Professionnel pour les repas/jour ?

.....
.....
.....

Nécessité d'une assurance maladie en cas d'accident ou de maladie (cochez la case appropriée)

- La carte européenne de santé est acceptée
- Une assurance privée est conseillée
- Assurance de l'organisation d'accueil
- Autre

12. Personne désignée par l'organisation comme étant responsable du Programme :

Nom
Fonction
Tél
Fax
E-mail
Portable

Expérience antérieure programme d'échange HOPE/échanges étrangers :

- comme coordinateur Oui Non
- comme participant Oui Non



Meilleur moyen de contacter le participant durant la période d'échange

.....
.....
.....

Lieu et date

Signature du Directeur de l'établissement