

Université Montpellier 1
UFR ODONTOLOGIE
545 avenue du Pr. Jean-Louis Viala
34193 Montpellier Cedex 5
FRANCE
tél. : +33-4-67-10-44-70
fax. : +33-4-11-75-91-99
www.univ-montp1.fr

RELATIONS INTERNATIONALES
Responsable : Fabienne MIDREUIL
Secrétariat : Sophia CONDE
Bureau A102, bâtiment A, 1^{er} étage
odonto-ri@univ-montp1.fr
tél. : +33-4-67-10-44-70

LIEUX DE STAGES

Mise à jour : 16 octobre 2012

PAYS : ALBANIE			
NOM DE L'ETABLISSEMENT, VILLE Klinika Stomatologjike Universitare Rruga e Dibrës, Tirana			
ADRESSE Klinika Stomatologjike Universitare Rruga e Dibrës, Tiranë, ALBANIE			
SIGNATAIRE DE LA CONVENTION NOM, Prénom : Professor Gjilo KOCO Fonction : Tél : Fax : e-mail : kocogjilo@hotmail.com			
PERSONNE A CONTACTER NOM, Prénom : Fonction : Tél : Fax : e-mail :			
ETUDIANTS PARTIS :			
NOM, Prénom GUMA Elton	Dates du stage Août 2006	Type stage Option stage étranger	Année d'études Fin de 2 ^e

PAYS : ALGERIE			
NOM DE L'ETABLISSEMENT, VILLE CHU de Tizi Ouzou			
ADRESSE CHU Tizi-Ouzou, rue Lamali, TIZI-OUZOU, ALGERIE			
SIGNATAIRE DE LA CONVENTION NOM, Prénom : Fonction : Tél : Fax : 00 213 26 21 71 04 e-mail :			
PERSONNE A CONTACTER NOM, Prénom : Dr NOUAR Fonction : médecin anesthésiste réanimateur Tél : 0773 470 230 Fax : e-mail : o.nouar@yahoo.fr			
ETUDIANTS PARTIS :			
NOM, Prénom	Dates du stage	Type stage	Année d'études
BELKEBIR Sabrina	Juillet-août 2008	DAR-SAMU	Fin de 4 ^e
BELKEBIR Naïma	Juillet-août 2010	DAR-SAMU	Fin de 3 ^e
MIGRAINE Anaïs	Juillet-août 2010	DAR-SAMU	Fin de 3 ^e

PAYS : ALLEMAGNE			
NOM DE L'ETABLISSEMENT, VILLE faculté de médecine dentaire de l'Université de Heidelberg			
ADRESSE the faculty of dentistry, University of Heidelberg, Im Neuenheimer Feld 400, 69120 Heidelberg, Germany			
SIGNATAIRE DE LA CONVENTION NOM, Prénom : Dr. Peter Rammelsberg, Fonction : doyen Tél : +49-6221-566032 Fax : +49-6221-561775 e-mail : peter_rammelsberg@med.uni-heidelberg.de			
PERSONNE A CONTACTER NOM, Prénom : Pr Andreas SCHULTE Fonction : Enseignant responsable des relations internationales Tél : +49-6221-56.6002 Fax : +49-6221.56.5074 e-mail : Andreas_Schulte@med.uni-heidelberg.de			
ETUDIANTS PARTIS :			
NOM, Prénom	Dates du stage	Type stage	Année d'études
BUSSON Julie	Juin 2003	Option stage étranger	Fin de 3 ^e
DALICHOUX Maguelone	Juin 2003	Option stage étranger	Fin de 2 ^e
COPPOLA Thibaut	Septembre 2006	Option stage étranger	Fin de 2 ^e
GIUSTI Mathieu	Septembre 2006	Option stage étranger	Fin de 2 ^e
DUBOIS Samy	Septembre 2007	Option stage étranger	Fin de 2 ^e
GOTIS Laurent	Septembre 2007	Option stage étranger	Fin de 2 ^e

PAYS : BELGIQUE			
NOM DE L'ETABLISSEMENT, VILLE Faculté dentaire de l'Université Libre de Bruxelles			
ADRESSE Faculté de Médecine ULB, Campus Erasme CP610 - Route de Lennik 808 BE-1070 Bruxelles, Belgique			
SIGNATAIRE DE LA CONVENTION NOM, Prénom : M. PERCEVAL Alain Fonction : Président de la commission des stages Tél : +32 475 844 315 Fax : +32 253 541 59 e-mail : perceval.alain.1@mac.com			
PERSONNE A CONTACTER NOM, Prénom : Mme Pétroula TSOKOS Fonction : secrétaire relations internationales Tél : + 32 2 555 67 97 Fax : + 32 2 555 67 98 e-mail : erasmus.medecine@ulb.ac.be			
ETUDIANTS PARTIS :			
NOM, Prénom VOGELEER Louise GOTIS Laurent MIGRAINE Anais NIYIGENA Théopiste ROLLAND Audrey REDON Jennifer	Dates du stage Septembre 2005 Septembre 2006 Septembre 2006 Septembre 2006 Septembre 2010 Septembre 2010	Type stage Option stage étranger Option stage étranger Option stage étranger Option stage étranger Option stage étranger Option stage étranger	Année d'études Fin de 2 ^e Fin de 2 ^e Fin de 2 ^e Fin de 2 ^e Fin de 3 ^e Fin de 3 ^e

PAYS : BULGARIE			
NOM DE L'ETABLISSEMENT, VILLE First Multiple Hospital for Actively Treatment LTP, Sofia			
ADRESSE First Multiple Hospital for Actively Treatment LTP, 37 bd Patriarh Evtimi, Sofia, Bulgarie			
SIGNATAIRE DE LA CONVENTION NOM, Prénom : Pr NIKOLOVSKI Mihail Fonction : Directeur de l'hôpital Tél : +359-2-988-37-82 Fax : +359-2-980-45-15 e-mail : mihail.nikolovski@gmail.com			
PERSONNE A CONTACTER NOM, Prénom : Fonction : Tél : Fax : e-mail :			
ETUDIANTS PARTIS :			
NOM, Prénom RANGUELOV Dimitar	Dates du stage Avril 2009	Type stage DAR-SAMU	Année d'études 4 ^e

PAYS : BURKINA FASO			
NOM DE L'ETABLISSEMENT, VILLE centre hospitalier universitaire Souro Sanou, Bobo Dioulasso			
ADRESSE centre hospitalier universitaire Souro Sanou, Bobo-Dioulasso, Burkina-Faso			
SIGNATAIRE DE LA CONVENTION NOM, Prénom : Docteur Lansané BANGAGNE Fonction : Directeur Général Tél : 00-226-20-97-34-87 Fax : 00-226-20-97-26-93 e-mail :			
PERSONNE A CONTACTER NOM, Prénom : Fonction : Tél : Fax : e-mail :			
ETUDIANTS PARTIS :			
NOM, Prénom BAGBILA Eliane METTEN Marie	Dates du stage Août 2005 Août 2005	Type stage DAR-SAMU DAR-SAMU	Année d'études Fin de 4 ^e Fin de 4 ^e

PAYS : CAMEROUN			
NOM DE L'ETABLISSEMENT, VILLE Hôpital Central de Yaoundé			
ADRESSE Hôpital Central de Yaoundé, service de Stomatologie, YAOUNDE- Cameroun			
SIGNATAIRE DE LA CONVENTION NOM, Prénom : Professeur BIWOLE SIDA Magloire Fonction : Directeur Tél : 00 237 223 40 20 Fax : e-mail :			
PERSONNE A CONTACTER NOM, Prénom : Madame BOURGEOIS Anke Fonction : médecin-chercheur CHU / IRD Tél : 04 67 33 08 18 ou 93 69 Fax : 04 67 33 03 90 e-mail : a-bourgeois@chu-montpellier.fr			
ETUDIANTS PARTIS :			
NOM, Prénom BALDO Marie KHALIL Yasmine	Dates du stage Août 2003 Juillet 2007	Type stage Option stage étranger Option stage étranger	Année d'études Fin de 3 ^e Fin de 3 ^e

PAYS : CAMEROUN			
NOM DE L'ETABLISSEMENT, VILLE Hôpital militaire de Yaoundé			
ADRESSE Hôpital militaire de Yaoundé, service des Urgences, BP 906, YAOUNDE- Cameroun			
SIGNATAIRE DE LA CONVENTION NOM, Prénom : Benjamin TATCHOU NYAMSI Fonction : Médecin Chef Tél : 00-237-776-26-40 Fax : 00-237-222-91-66/62 e-mail : Dr Eitel MPOUDI NGOLE : empoudi2001@yahoo.co.uk			
PERSONNE A CONTACTER NOM, Prénom : Madame BOURGEOIS Anke Fonction : médecin-chercheur CHU / IRD Tél : 04 67 33 08 18 ou 93 69 Fax : 04 67 33 03 90 e-mail : a-bourgeois@chu-montpellier.fr			
ETUDIANTS PARTIS :			
NOM, Prénom CLOZIER Luc ARRAOU Corinne DEDIEU Nicolas	Dates du stage Août 2003 Août 2005 Août 2005	Type stage DAR-SAMU DAR-SAMU DAR-SAMU	Année d'études Fin de 4 ^e Fin de 4 ^e Fin de 4 ^e

PAYS : CANADA			
NOM DE L'ETABLISSEMENT, VILLE Université Laval, Québec ville			
ADRESSE Faculté de Médecine dentaire, Université Laval, 2420 rue de la Terrasse, Québec (Québec), Canada G1V 0A6			
SIGNATAIRE DE LA CONVENTION NOM, Prénom : Docteur André FOURNIER Fonction : Doyen Tél : +1-418-656-7532 Fax : +1-418-656-2720 e-mail : andre.fournier@fmd.ulaval.ca			
PERSONNE A CONTACTER NOM, Prénom : Madame LACHAPELLE Diane Fonction : Responsable BRI Tél : 00- 1-418-656-2131 #14508 Fax : 00-1-418-656-2720 e-mail : diane.lachapelle@fmd.ulaval.ca			
ETUDIANTS PARTIS :			

NOM, Prénom	Dates du stage	Type stage	Année d'études
RUBIO Sophie	Septembre 2006	Option stage à l'étranger	P2
KHALIL Yasmine	Septembre 2006	Option stage à l'étranger	P2
ARNOUX Eva	Septembre 2008	Option stage à l'étranger	P2
CARTOUX Elizabeth	Septembre 2008	Option stage à l'étranger	P2
DE LAMER Clémence	Septembre 2009	Option stage à l'étranger	P2
BERTRAND Claire	Septembre 2009	Option stage à l'étranger	P2
POLO Cyrielle	Septembre 2010	Option stage à l'étranger	P2
SATE Julia	Septembre 2010	Option stage à l'étranger	P2
CORON Clément	Septembre 2012	Option stage à l'étranger	P2
DAUPEYROUX Julien	Septembre 2012	Option stage à l'étranger	P2
ROCA Paul	Septembre 2012	Option stage à l'étranger	P2

PAYS : COTE D'IVOIRE

NOM DE L'ETABLISSEMENT, VILLE

Polyclinique Avicennes, Abidjan

ADRESSE

Polyclinique Avicennes, 01 BP 4061, Abidjan 01, Côte d'Ivoire

SIGNATAIRE DE LA CONVENTION

NOM, Prénom : NASSAR Mohammed

Fonction : médecin résident

Tél : +225-21-21-13-00 **Fax** : +225-21-21-13-13

e-mail : nassardoc@gmail.com

PERSONNE A CONTACTER

NOM, Prénom :

Fonction :

Tél : **Fax** :

e-mail :

ETUDIANTS PARTIS :

NOM, Prénom	Dates du stage	Type stage	Année d'études
GORAYEB Sarah	Août 2008	DAR-SAMU	Fin de 4 ^e

PAYS : EMIRATS ARABES UNIS			
NOM DE L'ETABLISSEMENT, VILLE French Dental Clinic DUBAÏ			
ADRESSE 2026 Block C Al-Razi Building Dubai Health Care City P.O.BOX 505047 DUBAÏ – Emirats Arabes Unis			
SIGNATAIRE DE LA CONVENTION NOM, Prénom : Dr Ahmad ZUHAILI Fonction : Chirurgien maxillo facial Tél : 00971 44 298 218 Fax : 00971 44 298 219 e-mail : az@frenchdentalclinic.com			
PERSONNE A CONTACTER NOM, Prénom : Dr Ahmad ZUHAILI Fonction : Tél : Fax : e-mail :			
ETUDIANTS PARTIS :			
NOM, Prénom BOUROUBA Wafa CHERIF Mohamed KABLI Tarik BELARBI Chahira	Dates du stage Septembre 2008 Août 2010 Août 2010 Août 2010	Type stage Option stage étranger Option stage étranger Option stage étranger Option stage étranger	Année d'études Fin de 2 ^e Fin de 2 ^e Fin de 4 ^e Fin de 4 ^e

PAYS : ESPAGNE			
NOM DE L'ETABLISSEMENT, VILLE Faculté dentaire de l'Université de Barcelone			
ADRESSE Facultat d'Odontologia (U. Barcelona), Campus de Bellvitge, Pavelló de Govern 2 ^a planta. Deganat C. Feixa Llarga, s/n, 08907 L'Hospitalet de Ll. (Barcelona), ESPAGNE			
SIGNATAIRE DE LA CONVENTION NOM, Prénom : Dra Isabel Martinez Lizan Fonction : Responsable de Relaciones Internacionales y movilidad de estudiantes Tél : +34 93 402 42 55 Fax : +34 93 403 55 58 e-mail : isabelmartinez@ub.edu			
PERSONNE A CONTACTER NOM, Prénom : Fonction : Tél : Fax : e-mail :			
ETUDIANTS PARTIS :			
NOM, Prénom DUBOIS Philippe	Dates du stage Avril 2006	Type stage Option stage étranger	Année d'études 2 ^e

PAYS : ESPAGNE			
NOM DE L'ETABLISSEMENT, VILLE Clinica Nuestra Senora de la Conception, Madrid			
ADRESSE Fundacion Jimenez Diaz – Clinica Nuestra Senora de la Conception - Avenida Reyes Catolicos, numero 2 – 28 040 MADRID - ESPANA			
SIGNATAIRE DE LA CONVENTION NOM, Prénom : Manuel De Oya Otero Fonction : directeur Tél : 00-34-91-543 1071 Fax : 00-34-91-543 1071 e-mail : agayo@fjd.es			
PERSONNE A CONTACTER NOM, Prénom : Fonction : Tél : Fax : e-mail :			
ETUDIANTS PARTIS :			
NOM, Prénom NICOLAS Vincent	Dates du stage Novembre 2003	Type stage DAR-SAMU	Année d'études 4 ^e

PAYS : ILE MAURICE			
NOM DE L'ETABLISSEMENT, VILLE Victoria Hospital, Candos			
ADRESSE Victoria Hospital, Candos, Republic of Mauritius, Tel: (230) 425-14-81 , Fax: (230) 467-83-43			
SIGNATAIRE DE LA CONVENTION NOM, Prénom : Dr R. S. Sungkur, Ministry of Health, 5th Floor, E. Anquetil Building, Port Louis, Republic of Mauritius Fonction : Chief Medical Officer Tél : (230) 201 19 02 Fax : (230) 201 30 93 e-mail : cmomoh@intnet.mu ; rssungkur@mail.gov.mu			
PERSONNE A CONTACTER NOM, Prénom : Fonction : Tél : Fax : e-mail :			
ETUDIANTS PARTIS :			
NOM, Prénom KHADUN Nadeem Ali VEYRAC Nicolas	Dates du stage Août 2005 Août 2005	Type stage DAR-SAMU DAR-SAMU	Année d'études Fin de 4 ^e Fin de 4 ^e

PAYS : ITALIE			
NOM DE L'ETABLISSEMENT, VILLE Azienda Ospedaliera Pisana, Pise			
ADRESSE Azienda Ospedaliera Pisana, Spedali Riuniti di S.Chiera, U.O Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza, via Roma, 67, 56126 PISA, Italie			
SIGNATAIRE DE LA CONVENTION NOM, Prénom : Dott. Roberto Melandri Fonction : Directeur Tél : 050-992 093/554 433 Fax : 050-992 093 e-mail : r.melandri@mail.ao-pisa.toscana.it			
PERSONNE A Contacter NOM, Prénom : Fonction : Tél : Fax : e-mail :			
ETUDIANTS PARTIS :			
NOM, Prénom CARAYON Delphine BUSSON Julie	Dates du stage Août 2003 Mars-Avril 2004	Type stage DAR-SAMU DAR-SAMU	Année d'études Fin de 4 ^e 4 ^e

PAYS : LIBAN			
NOM DE L'ETABLISSEMENT, VILLE Polyclinique du Dr. Mansour, Zgharta			
ADRESSE Haret-Jedidé, Mejdlaya, Zgharta, Liban (Nord)			
SIGNATAIRE DE LA CONVENTION NOM, Prénom : Dr. Robert MANSOUR Fonction : Tél : 009616665080 Fax : 009616665080 e-mail : drrobertmansour@yahoo.com			
PERSONNE A Contacter NOM, Prénom : Dr. Robert MANSOUR Fonction : Tél : 009616665080 Fax : 009616665080 e-mail : drrobertmansour@yahoo.com			
ETUDIANTS PARTIS :			
NOM, Prénom NEOUCHI Mohamad	Dates du stage Août 2012	Type stage Option stage à l'étranger	Année d'études P2

PAYS : MADAGASCAR			
NOM DE L'ETABLISSEMENT, VILLE Centre hospitalier de Soavinandriana, Antananarivo			
ADRESSE Centre hospitalier de Soavinandriana , Rue du Dr Moss, Soavinandriana, Antananarivo 101, Madagascar			
SIGNATAIRE DE LA CONVENTION NOM, Prénom : RAMANANTOANINA Claude Eric (médecin colonel) Fonction : Directeur technique Tél : +261-20-23-397-51 Fax : +261-20-23-645-69 e-mail : cenhosoa@moov.mg			
PERSONNE A CONTACTER NOM, Prénom : ci-dessous ou : HERIZAKA NIRINA Julien Fonction : DAF adjoint Tél : +261-20-23-397-51 Fax : +261-20-23-645-69 e-mail : cenhosoa@moov.mg ; herizakanirina@yahoo.fr (adresse perso)			
ETUDIANTS PARTIS :			
NOM, Prénom MEUNIER Camille	Dates du stage Juillet 2009	Type stage Option stage étranger	Année d'études Fin de 3e

PAYS : MAROC			
NOM DE L'ETABLISSEMENT, VILLE Faculté de Médecine dentaire de l'Université Mohammed V – Souissi, Rabat			
ADRESSE Faculté de Médecine dentaire de l'Université Mohammed V – Souissi, Rabat, BP 6212 Rabat-Instituts, Maroc			
SIGNATAIRE DE LA CONVENTION NOM, Prénom : Professeur B. JIDAL Fonction : Doyen Tél : +212 037 77 18 49 Fax : +212 037 77 04 43 e-mail :			
PERSONNE A CONTACTER NOM, Prénom : Fonction : Tél : Fax : e-mail :			
ETUDIANTS PARTIS :			
NOM, Prénom CHAFIQ El Mehdi	Dates du stage Avril 2006	Type stage Option stage étranger	Année d'études 2 ^e
ELHOU Nour-Elhouda	Juillet 2007	Option stage étranger	Fin de 2 ^e
EL KAIDI Latifa	Juillet 2008	Option stage étranger	Fin de 2 ^e
SEBE Agathe	Septembre 2008	Option stage étranger	Fin de 2 ^e
PUEYO Anaïs	Septembre 2008	Option stage étranger	Fin de 2 ^e

PAYS : MAROC			
NOM DE L'ETABLISSEMENT, VILLE Hôpital Ibn Sina, Rabat			
ADRESSE			
SIGNATAIRE DE LA CONVENTION NOM, Prénom : Pr Yasser SEFIANI Fonction : Directeur Tél : +212 5-37-67-41-07 Fax : +212 5-37-67-30-19 e-mail : his_chis@menara.ma			
PERSONNE A CONTACTER NOM, Prénom : Fonction : Tél : Fax : e-mail :			
ETUDIANTS PARTIS :			
NOM, Prénom CHAQUI ROQUAI Karim	Dates du stage Juillet-Août 2010	Type stage DAR-SAMU	Année d'études Fin de 3 ^e

PAYS : MAYOTTE			
NOM DE L'ETABLISSEMENT, VILLE Centre Hospitalier de Mamoudzou			
ADRESSE Centre Hospitalier de Mamoudzou, BP 04, 97600 MAMOUDZOU, France			
SIGNATAIRE DE LA CONVENTION NOM, Prénom : Monsieur Alain DANIEL Fonction : Directeur Tél : 02 69 61 86 02 Fax : 02 69 61 06 46 e-mail : t.ismael@chmayotte.fr (affaires médicales)			
PERSONNE A CONTACTER NOM, Prénom : Dr Benoît VOGIN Fonction : chef du service dentaire Tél : Fax : e-mail : b.vogin@chmayotte.fr			
ETUDIANTS PARTIS :			
NOM, Prénom BIGORGNE Marion	Dates du stage juillet 2007	Type stage Option stage étranger	Année d'études Fin de 2 ^e

PAYS : NORVEGE			
NOM DE L'ETABLISSEMENT, VILLE Faculté dentaire de l'Université d'Oslo			
ADRESSE University of Oslo, Faculty of Dentistry, PB 1142 BLINDERN, N-0317 OSLO, NORVEGE			
SIGNATAIRE DE LA CONVENTION NOM, Prénom : Pr Morten Rykke Fonction : Doyen Tél : 004722852287 Fax : 004722852344 e-mail : morten.rykke@odont.uio.no			
PERSONNE A CONTACTER NOM, Prénom : M. Tom BARKVOLL Fonction : Directeur de la Clinique Tél : 00.47-22-85-20-68 Fax : 00.47-22-85-21-45 e-mail : t.a.barkvoll@odont.uio.no			
ETUDIANTS PARTIS :			
NOM, Prénom	Dates du stage	Type stage	Année d'études
MIN Ju-Jéong	Avril 2005	Option stage étranger	2 ^e
ZERROUG Dina	Avril 2005	Option stage étranger	2 ^e
LASSUS Julie	Septembre 2006	Option stage étranger	Fin de 2 ^e
MOUEZ Erika	Septembre 2006	Option stage étranger	Fin de 2 ^e
RANGUELOV Dimitar	Septembre 2007	Option stage étranger	Fin de 2 ^e
VERRIER Vincent	Septembre 2007	Option stage étranger	Fin de 2 ^e
LESIEUR Charlene	Septembre 2012	Option stage étranger	P2

PAYS : PEROU			
NOM DE L'ETABLISSEMENT, VILLE Hopital Nacional Guillermo Almenara, Lima			
ADRESSE Hopital Nacional Guillermo Almenara, Av. Grau n°800, La victoria, Lima 13, LIMA, PERU			
SIGNATAIRE DE LA CONVENTION NOM, Prénom : Doctora Dora SEGURA PEREZ Fonction : jefe del departamento de anestesiologia y reanimacion Tél : Fax : e-mail : dmsegp@hotmail.com			
PERSONNE A CONTACTER NOM, Prénom : Fonction : Tél : Fax : e-mail :			
ETUDIANTS PARTIS :			
NOM, Prénom	Dates du stage	Type stage	Année d'études
AMORETTI Renzo	Août 2007	DAR-SAMU	Fin de 3 ^e

PAYS : POLYNESIE FRANCAISE			
NOM DE L'ETABLISSEMENT, VILLE Hôpital AFareaitu, Moorea			
ADRESSE Direction de la santé de la Polynésie française, BP 611, 98713 Papeete			
SIGNATAIRE DE LA CONVENTION NOM, Prénom : Dr Tuterai TUMAHAI Fonction : Directeur de la santé de la Polynésie Française Tél : +689 46 00 02 Fax : +689 43 00 74 e-mail : dmsepg@hotmail.com			
PERSONNE A CONTACTER NOM, Prénom : SZTEJNMAN Michel Fonction : chirurgien dentiste Tél : Fax : e-mail : michel.szteinman@sante.gov.pf			
ETUDIANTS PARTIS :			
NOM, Prénom SZTEJNMAN Kahaia	Dates du stage Août 2010	Type stage Option stage étranger	Année d'études Fin de 4 ^e

PAYS : PRINCIPAUTE D'ANDORRE			
NOM DE L'ETABLISSEMENT, VILLE Policlinica Dental Marfany Rogé, St Julia de Loria			
ADRESSE Policlinica Dental Marfany Rogé, 30 avenue Rocafort, St Julia de Loria, Principauté d'Andorre, AD 600			
SIGNATAIRE DE LA CONVENTION NOM, Prénom : Docteur Michel ROGÉ Fonction : Directeur Tél : 00 376 843 778 Fax : 00 376 844 544 e-mail : michelroge@andorra.ad			
PERSONNE A CONTACTER NOM, Prénom : Fonction : Tél : Fax : e-mail :			
ETUDIANTS PARTIS :			
NOM, Prénom FORTO Audrey CHABBERT Sabine	Dates du stage Septembre 2007 Septembre 2009	Type stage Option stage étranger Option stage étranger	Année d'études Fin de 2 ^e Fin de 2 ^e

PAYS : REPUBLIQUE CENTRAFRICAINE			
NOM DE L'ETABLISSEMENT, VILLE Hôpital de l'Amitié, Bangui			
ADRESSE Hôpital de l'Amitié, BP 541, Bangui, République Centrafricaine Tél. de l'hôpital: 00 236 61 57 00			
SIGNATAIRE DE LA CONVENTION NOM, Prénom : David NDIBA Fonction : Major du Cabinet dentaire Tél : 00 236 20 40 52 Fax : e-mail :			
PERSONNE A CONTACTER NOM, Prénom : Fonction : Tél : Fax : e-mail :			
ETUDIANTS PARTIS :			
NOM, Prénom TICHANNE Stéphanie	Dates du stage Août 2007	Type stage Option stage étranger	Année d'études Fin de 2 ^e

PAYS : ROUMANIE			
NOM DE L'ETABLISSEMENT, VILLE University of Medicine and Pharmacy Carol Davila BUCAREST			
ADRESSE 19 Calea Plevnei, Sector 5, BUCHAREST, 050051 Romania			
SIGNATAIRE DE LA CONVENTION NOM, Prénom : Pr Dragos STANCIU Fonction : Doyen Tél : Fax : (+40 21) – 315 86 49 e-mail :			
PERSONNE A CONTACTER NOM, Prénom : Pr Michaela PAUNA Fonction : Prodoyenne Tél : Fax : e-mail : mihaela.pauna@gmail.com			
ETUDIANTS PARTIS :			
NOM, Prénom GUINOLAS Sarah	Dates du stage Septembre 2008	Type stage Option stage étranger	Année d'études Fin de 2 ^e

PAYS : SUEDE			
NOM DE L'ETABLISSEMENT, VILLE Clinique dentaire Region Halland, Varberg			
ADRESSE Västra Vallgatan 14 – Box 517 – 43218 Varberg – Sverige (Suède)			
SIGNATAIRE DE LA CONVENTION NOM, Prénom : Dr. Britt LINDAU Fonction : Directeur Tél : 0046340482300 Fax : 0046340482330 e-mail : britt.lindau@regionhalland.se			
PERSONNE A Contacter NOM, Prénom : Dr. Britt LINDAU Fonction : Directeur Tél : 0046340482300 Fax : 0046340482330 e-mail : britt.lindau@regionhalland.se			
ETUDIANTS PARTIS :			
NOM, Prénom GEOFFROY Florent	Dates du stage Septembre 2012	Type stage Option stage à l'étranger	Année d'études P2

PAYS : TUNISIE			
NOM DE L'ETABLISSEMENT, VILLE Faculté de Médecine dentaire de l'Université de Monastir			
ADRESSE Faculté de Médecine dentaire de l'Université de Monastir, Avenue Avicenne, 5019 MONASTIR, Tunisie			
SIGNATAIRE DE LA CONVENTION NOM, Prénom : Professeur Abdellatif ABID Fonction : Doyen Tél : +216.73.46.32.00 Fax : +216.73.46.11.50 e-mail : abdellatif.abid@fmdm.rnu.tn			
PERSONNE A Contacter NOM, Prénom : Fonction : Tél : Fax : e-mail :			
ETUDIANTS PARTIS :			
NOM, Prénom ABDELMOULA Naïm AVIAS Alexandre MOURAD Ghassen	Dates du stage Septembre 2007 Septembre 2007 Septembre 2008	Type stage Option stage étranger Option stage étranger Option stage étranger	Année d'études Fin de 2 ^e Fin de 2 ^e Fin de 2 ^e

PAYS : TUNISIE			
NOM DE L'ETABLISSEMENT, VILLE CHU de Sahloul, Sousse Sahloul			
ADRESSE Hôpital Sahloul, 4054 Sousse Sahloul, Tunisie			
SIGNATAIRE DE LA CONVENTION NOM, Prénom : KAROUI Néjib (Pr Agrégé médecine d'urgence) Fonction : chef de service SAMU 03 Tél : +216-73-36-93-93 ; portable : +216-98-321-061 Fax : +216-73-36-91-91 e-mail : nejib.karoui@topnet.tn			
PERSONNE A CONTACTER NOM, Prénom : Fonction : Tél : Fax : e-mail :			
ETUDIANTS PARTIS :			
NOM, Prénom MOURAD Ghassen	Dates du stage juillet 2009	Type stage DAR-SAMU	Année d'études Fin de 3e

PAYS : UKRAINE			
NOM DE L'ETABLISSEMENT, VILLE Hôpital Pirogov, Sébastopol			
ADRESSE 19 rue Admirala Oktiabrskogo – 99011 Sébastopol – Ukraine			
SIGNATAIRE DE LA CONVENTION NOM, Prénom : Dr. Popov Sergei Vladimirovich Fonction : Médecin en chef de l'hôpital Tél : 00380692559768 Fax : e-mail :			
PERSONNE A CONTACTER NOM, Prénom : Kurilov Vladimir Viktorovich Fonction : Chef du service traumatologie Tél : 00380692548407 Fax : e-mail :			
ETUDIANTS PARTIS :			
NOM, Prénom LESNYAK Natalya	Dates du stage Août-septembre 2012	Type stage Stage DAR-SAMU	Année d'études D2

PAYS : VIETNAM 1/3			
NOM DE L'ETABLISSEMENT, VILLE Institut d'odonto-stomatologie de Hanoi			
ADRESSE Institut d'odonto-stomatologie de Hanoi, 40 A Trang Thi, HANOI, Vietnam			
SIGNATAIRE DE LA CONVENTION NOM, Prénom : Professeur TRAN VAN TRUONG Fonction : Directeur Tél : Fax : 00-84-48-25-88-82 e-mail : i.sto.maxfahn@hn.vnn.vn			
PERSONNE A CONTACTER NOM, Prénom : Fonction : Tél : Fax : e-mail :			
ETUDIANTS PARTIS :			
NOM, Prénom VU Quy Thuy Duong BEAURON Emilie	Dates du stage Août 2005 Août 2005	Type stage Option stage étranger Option stage étranger	Année d'études Fin de 4 ^e Fin de 4 ^e

PAYS : VIETNAM 2/3			
NOM DE L'ETABLISSEMENT, VILLE Franco-Vietnamese hospital, Ho Chi Minh Ville (= Saïgon)			
ADRESSE Franco-Vietnamese hospital, 06 Nguyen Luong Bang Street, Tan Phu Ward, District 7, Ho Chi Minh City , Vietnam			
SIGNATAIRE DE LA CONVENTION NOM, Prénom : M. Loïc FRETARD Fonction : Directeur Tél : (84 8) 411 3333 Fax : (84 8) 411 3334 e-mail :			
PERSONNE A CONTACTER NOM, Prénom : Dr FRANCKHAUSER Siegfried Fonction : chef du département de CMF Tél : (84 8) 411 3435 Fax : e-mail : s.franckhauser@fvhospital.com			
ETUDIANTS PARTIS :			
NOM, Prénom BARAU Danaé ROBLES Perrine RAPHANEL Camille	Dates du stage Septembre 2007 Septembre 2007 Août 2008	Type stage Option stage étranger Option stage étranger Option stage étranger	Année d'études Fin de 2 ^e Fin de 2 ^e Fin de 5 ^e

PAYS : VIETNAM 3/3			
NOM DE L'ETABLISSEMENT, VILLE College of Medicine and Pharmacy – Hue University, Hue – Vietnam			
ADRESSE 6 Ngo Quyen St., Hue 47000, Vietnam			
SIGNATAIRE DE LA CONVENTION NOM, Prénom : Pr. Tran Huu Dang Fonction : Vice Dean Tél : 0084543822873 Fax : 0084543826269 e-mail : hcmp@huemed-univ.edu.vn			
PERSONNE A CONTACTER NOM, Prénom : Mme Ho Thi Hong Phuong Fonction : Secrétaire BRI Tél : 0084543822873 Fax : 0084543826269 e-mail : hongphuong21.09@gmail.com			
ETUDIANTS PARTIS :			
NOM, Prénom CAPELA-LABORDE Camille	Dates du stage juillet 2012	Type stage Stage DAR-SAMU	Année d'études D1

Tableau modèle – ne pas remplir, pour copier-coller

PAYS :			
NOM DE L'ETABLISSEMENT, VILLE			
ADRESSE			
SIGNATAIRE DE LA CONVENTION NOM, Prénom : Fonction : Tél : Fax : e-mail :			
PERSONNE A CONTACTER NOM, Prénom : Fonction : Tél : Fax : e-mail :			
ETUDIANTS PARTIS :			
NOM, Prénom	Dates du stage	Type stage	Année d'études