

STAGE D'INITIATION A LA VIE PROFESSIONNELLE ACCORD DU PRATICIEN

Maître de stage

Docteur :

Cabinet :

Adresse :

Code postal / Ville :

 :

 :

]:

Adresse électronique :

accepte de recevoir l'étudiant de T1 désigné ci-dessous dans le cadre d'un stage actif chez le praticien conformément aux dispositions de l'article 20 de l'arrêté du 8 avril 2013 relatif au régime des études en vue du Diplôme d'Etat de Docteur en Chirurgie Dentaire.

Date de début du stage : Date de fin du stage :

Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi

***Prière de cocher la journée exclusivement réservée au stage
et qui figurera dans votre planning individuel (cours et cliniques)***

Stagiaire

Nom :

Prénom :

Signature du maître de stage
Cachet professionnel

Signature du stagiaire

Visa du service de scolarité