

Stage d'observation chez un prothésiste dentaire.

Année universitaire 2019/2020



NOM et PRENOM DE L'ETUDIANT(E) :

N°ETUDIANT :



NOM DU MAITRE DE STAGE :

ADRESSE :

CODE POSTAL : VILLE :

TEL : E-MAIL :



Je soussigné(e) atteste que
l'étudiant(e).....a effectué un stage d'observation
d'une durée obligatoire de 20H, répartie comme établi dans le tableau
suivant. J'atteste également avoir lu le rapport de stage et approuve son
contenu.

Tableau récapitulatif des jours de présence et heures effectués par l'étudiant :

JOUR DE PRESENCE :	NOMBRE D'HEURES EFFECTUEES :

Date et signature du Maître de Stage :

Ce document est à rendre à la Scolarité en fin de stage par l'étudiant.