

Stage d'observation en Cabinet Dentaire

Année universitaire 2019/2020



NOM et PRENOM DE L'ETUDIANT(E) :

N°ETUDIANT :



NOM DU CHIRURGIEN-DENTISTE :

ADRESSE :

CODE POSTAL : VILLE :

TEL : E-MAIL :



Je soussigné(e) Docteur atteste que l'étudiant(e).....a effectué un stage d'observation dans mon Cabinet Dentaire 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 praticien :

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