



Stage d'observation en cabinet dentaire

Année universitaire 2020/2021



NOM et PRENOM DE L'ETUDIANT(E) :

N°ETUDIANT :

Année d'étude suivie en odontologie :



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.