

DEMANDE D'AGREMENT DU MAITRE DE STAGE

CHIRURGIEN-DENTISTE MAITRE DE STAGE

Nom :Prénom :.....

Date de naissance :Lieu :

N° d'inscription au conseil de l'ordre :

Date du 1^{er} agrément en vue de l'accueil d'un étudiant stagiaire :.....

Diplôme d'exercice délivré le :Université de :

Autres diplômes universitaires :

.....

AUTRES CHRURGIENS-DENTISTES DU CABINET :

.....

.....

.....

IDENTIFICATION DU CABINET :

Adresse :

Tél. :Fax :

Adresse électronique :@.....

ETUDIANT SOUHAITANT ETRE ACCUEILLI :.....

Date :

Cachet professionnel

Signature du maître de stage