

**NOM & Prénom :** .....

**DEROULEMENT DU STAGE ACTIF D'INITIATION A LA VIE PROFESSIONNELLE**  
Période : **du 16 janvier 2017 au 28 avril 2017**

**CHIRURGIEN-DENTISTE MAITRE DE STAGE**

Nom : .....Prénom : .....

Adresse du cabinet : .....

.....

Tél. : .....

Email (important pour correspondance) : .....

**Dates du stage** : du .....au.....

Semaine :

.....  
.....  
.....

Jours :

.....  
.....  
.....

Heures (Total : 250 heures) :

.....  
.....

Date : .....

Cachet professionnel + signature du Maître de stage

Nom et signature de l'étudiant

**A retourner au service de la scolarité avant le 18 novembre 2016**