

# DEROULEMENT DU STAGE D'OBSERVATION OPTIONNEL LABORATOIRE DE PROTHESE

**ETUDIANT :**

Nom : .....Prénom : .....

Semestre :

2<sup>e</sup> année S3  2<sup>e</sup> année S4  3<sup>e</sup> année S5  3<sup>e</sup> année S6  4<sup>e</sup> année S7  4<sup>e</sup> année S8  5<sup>e</sup> année S9  5<sup>e</sup> année S10

**CHIRURGIEN-DENTISTE MAITRE DE STAGE**

Nom : .....Prénom : .....

Adresse du cabinet : .....

.....

.....

Tél. : .....

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

Semaine :

.....

.....

.....

Jours :

.....

.....

.....

Heures :

.....

.....

.....

Date : .....

Cachet professionnel et signature  
du maître de stage

Signature de l'étudiant

**A retourner au service de la scolarité avant le début du stage**