

**DEROULEMENT DU STAGE HORS SERVICE ODONTOLOGIQUE – 5<sup>e</sup> ANNÉE/S10**  
**Durée : une semaine**

**NOM Prénom étudiant** : .....

**Organisme d'accueil** :

Nom : .....

Adresse: .....

.....

Tél. : ..... Mél : .....

**Représenté par** : (nom du signataire de la convention)

Nom : .....Prénom : .....

Qualité du représentant : .....

Nom du service dans lequel le stage sera effectué : .....

Lieu du stage (si différent de l'adresse de l'organisme d'accueil)

.....

.....

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

**Horaires** :

	MATIN		APRES-MIDI	
	Arrivée	Départ	Arrivée	Départ
Lundi				
Mardi				
Mercredi				
Jeudi				
Vendredi				

Date : .....

Signature du maître de stage + cachet professionnel :

Signature de l'étudiant :

**A RETOURNER A LA SCOLARITE 2 MOIS AVANT LE DEBUT DU STAGE**