

FORMULAIRE DE DEMANDE D'AGRÉMENT DE MAÎTRE DE STAGE

Demande à adresser au ministère de la santé

Le docteur

NOM : Prénom :

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

Adresse postale :

Code postal : Ville :

Téléphone : Portable :

Adresse email :

- déclare avoir pris connaissance des informations concernant « stage actif d'initiation à la vie professionnelle » édité par la faculté d'odontologie de Lorraine ;

à être agréé en qualité de « maître de stage » afin d'accueillir un étudiant de 6e année de la faculté d'odontologie de Lorraine.

Cachet professionnel

Signature du praticien

Date :