

DEMANDE D'AGREMENT DE MAITRE DE STAGE EN ODONTOLOGIE

Le Docteur :

NOM*			
Prénom*			
N° d'inscription au tableau de l'Ordre des chirurgiens-dentistes*			
SIRET*			
Adresse :			
Code Postal		Ville	
Tel Fixe		Tel Portable	
Adresse mail*			

- ☐ Atteste être à jour des formations obligatoires AFGSU2 et Radioprotection et de de mon DPC
- ☐ Atteste avoir un fauteuil de disponible pour l'accueil de l'étudiant
- ☐ Déclare avoir pris connaissance du document « Stage d'initiation à la vie professionnelle » éditée par la circonscription Odontologie de l'UFR des Sciences de Santé
- ☐ Demande par la présente l'agrément de Maître de Stage pour une durée de 3 ans auprès du Vice Doyen de la circonscription Odontologie.

Fait à _____, le _____

Signature du praticien et
cachet professionnel

Avis du Conseil départemental de l'ordre	Donné le :
Avis du Vice Doyen de l'UFR	
☐ Défavorable	☐ Favorable
Signature	