STAGE D’INITIATION AUX SOINS

**Année Universitaire 2018/2019**



**Etudiants de Chirurgie Dentaire vous devez impérativement :**

- Choisir un hôpital public sans UFR/ Service d'Odontologie,

- Retourner par mail ce document au plus tard le 28 Juin 2019.

Rang de classement : ………………….

**L’Etudiant (Nom, prénom)**:………………………………………...….…………….……………………….…………

Mail : …………………………………………………………… Image associée: ……………………………….………….……...

----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**L’Etablissement d’accueil** (**Nom)**: ...……………………..………………………………..…..……………..……........

Adresse postale:……………………………………………..………………………………..…………………….……..

………..………………………………………………..………………………………………………...….…..…………

Mail : ……………………………………………………………Image associée: …………………………………...……………...

----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**Le Directeur de l’établissement (Nom, prénom)** :………………………………………………..………..………..….

…………………………………………………………………….…………………………………..…….…….…….…

Service / Secteur d’affectation de l’étudiant :……………………………………………….…………………..…..…….

……………………………………………………………….………………………………..…………………….……..

----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**Nom du cadre infirmier :** …………...…………………………………………………………………..…….….……..

.………………………………………..............................................………....………………………..……..…..……….

Mail : ……………………………………………………………Image associée: ………………………….…………………….....

Nom du chef du service hospitalier :…………………………………………………………………..………….…..…..

----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**Période du stage : (cocher la case de votre choix) :**

□Du Lundi 15 Juillet 2019 au Mardi 6 Août 2019,

□ Du Mercredi 7 Août 2019 au Vendredi 30 Août 2019.

**L’étudiant** **La Direction des Soins et/ou DRH**

(Signature) (Cachet et signature)