

DEMANDE D'AGREMENT DE MAITRE DE STAGE

NOM de l'ETUDIANT :

Le Docteur

Nom			
Prénom			
N° Inscription au Tableau de l'Ordre			
SIRET			
Nom du cabinet			
N°	Rue / Av. / Bd.		
Code postal			
Ville			
Téléphone		Portable	
email			

- Déclare avoir pris connaissance du document « stage actif d'initiation à la vie professionnelle » édité par la Faculté d'Odontologie de Reims ;

- Demande auprès du Conseil Départemental de l'Ordre des Chirurgiens-Dentistes du département de à être agréé en qualité de Maître de Stage afin d'accueillir un étudiant de 6ème année à la Faculté d'Odontologie de Reims.

Date :/...../.....

☐ RCPM à joindre à la demande

☐ déclare justifier d'au moins 3 années d'exercice

Cachet professionnel et signature

A compléter et à retourner à la Faculté d'Odontologie qui se charge de recueillir l'avis du Conseil Départemental de l'Ordre

AVIS du Conseil Départemental
de l'Ordre :

☐ Favorable

☐ Défavorable

Date :/...../.....

Signature / cachet du Conseil
Départemental de l'Ordre