



Université de Bretagne Occidentale

L'AGRÈMENT DU MAÎTRE DE STAGE

Le docteur :

Nom :

Prénom :

N° d'inscription au Conseil de l'Ordre :

Adresse :

.....

Code postal : Ville :

Tel. professionnel :

email :

- Déclare avoir pris connaissance du document « stage actif d'initiation à la vie professionnelle » édité par la faculté de Chirurgie dentaire de Brest.
- Demande son agrément auprès du Conseil de l'Ordre départemental des Chirurgiens dentistes du département d.....

Fait à le.....

Signature du Praticien :

Cachet professionnel

Bon pour agrément :

Date :

**Signature du Président du Conseil Départemental
de l'Ordre des Chirurgiens-Dentistes**