

L'AGRÉMENT 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 d'odontologie de Brest.
- Demande son agrément auprès du Conseil de l'Ordre départemental des Chirurgiens-dentistes du département : _____

Fait à _____	le _____
Signature du Praticien :	
Cachet professionnel	

Bon pour agrément :

Date : _____

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