

# VALIDATION DE STAGE

DFMS/DFMSA :

NOM PATRONYMIQUE

N° DOSSIER :

NOM MARITAL :

PRENOM :

<b>ETABLISSEMENT HOSPITALIER</b> <i>(obligatoire)</i>	<b>NOM DU RESPONSABLE , SERVICE</b> <i>(obligatoire)</i>			
<b>PERIODE(S)(rayer la mention inutile)</b>  <b>2 NOVEMBRE 200... au 30 AVRIL 200...</b> <b>02 MAI 200... au 31 OCTOBRE 200 ...</b>				
	EXCELLENT	BON	SATISFAISANT	INSUFFISANT
Assiduité/Exactitude	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sens des responsabilités	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niveau des connaissances	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Relations avec les malades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Relations professionnelles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>OBSERVATIONS</b>				

## VALIDATION

OUI

NON

Date

Cachet et signature du chef de service

Cachet et signature du coordonnateur