

VALIDATION DE STAGE

DFMS/DFMSA :

NOM PATRONYMIQUE

N°ETUDIANT:

NOM MARITAL :

PRENOM :

ETABLISSEMENT HOSPITALIER (Obligatoire)	NOM DU RESPONSABLE , SERVICE (obligatoire)			
PERIODE(S) (rayer la mention inutile)				
02 NOVEMBRE 20... au 30 AVRIL 20... 02 MAI 20... au 31 OCTOBRE 20 ...				
	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"/>
OBSERVATIONS				

VALIDATION

OUI

NON

Date

Cachet et signature du chef de service

**Cachet et signature du
coordonnateur**