

OBJECTIFS ET ACTIVITÉS MÉDICALES DU STAGE DE PERFECTIONNEMENT

Identification du stagiaire

NOM : _____ Prénom : _____

Objectifs et modalités du stage

A. Objectifs (ou joindre une annexe à ce document si manque de place)

B. Modalités

Milieu de stage: _____

Date de début : Cliquez ici pour entrer du texte. Date de fin : Cliquez ici pour entrer du texte.

Stage à plein temps : _____ ou Stage à temps partiel : _____

Nombre de jours prévus: Cliquez ici pour entrer du texte. Nombre de jours effectués: Cliquez ici pour entrer du texte.

C. Activités médicales SPÉCIFIQUES effectuées par le stagiaire (ou joindre une annexe si manque de place)

Maître du stage/Responsable du stage

NOM : Cliquez ici pour entrer du texte.

Prénom : Cliquez ici pour entrer du texte.

Signature du responsable de stage : _____

Date : _____