

STAGE EFFECTUE HORS DE LA FACULTE DE MEDECINE

Période de stage : du __ / __ / 2011 au __ / __ / 2011

NOM ET PRENOM DE L'ETUDIANT : _____

ANNEE D'ETUDES : _____

ETABLISSEMENT D'ACCUEIL : _____

SERVICE HOSPITALIER : _____

ADRESSE : _____

NOM DU MEDECIN RESPONSABLE DE L'ETUDIANT : _____

ASSIDUITE	A	B	C	D	E	(entourez)
MOTIVATION	A	B	C	D	E	(entourez)
COMPORTEMENT	A	B	C	D	E	(entourez)

A : bien B : satisfaisant C : moyen D : insuffisant E : très insuffisant

COMMENTAIRES :
.....
.....

VALIDATION DU STAGE :

OUI

NON

Date de l'évaluation : _____

Nom et Cachet du Médecin qui a fait l'évaluation : _____

Signature de l'Etudiant

Signature du Médecin