



Scolarité FGSO2

T 33 (0)4 78 77 86 91

ScolariteFGSO2.Odontologie@univ-lyon1.fr

A RETOURNER IMPERATIVEMENT A SECRETARIAT FGSO2 DES LA FIN DU STAGE

FICHE D'EVALUATION - STAGE INFIRMIER ANNEE UNIVERSITAIRE 2023 - 2024

Je soussigné (e) (Nom, Titre, Fonction)

certifie que Mme, Mlle, M. (Nom, Prénom)

étudiant(e) en FGSO2 des études odontologiques à la Faculté d'Odontologie de Lyon a effectué un **stage de soins infirmier** dans le Service de :

Nom de l'Etablissement :

pendant la ou les périodes suivantes : duau

	APPRECIATION			
	A : Excellent	B : Bien	C : Moyen	D : Insuffisant
ASSIDUITE				
COMPORTEMENT				
PARTICIPATION A L'ACTIVITE				
AVIS GLOBAL				
<u>VALIDATION :</u>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON			

OBSERVATIONS EVENTUELLES :

Date :

Cachet de l'Etablissement

Signature du Maître de stage