

# CONVENTION DE STAGE

## Certificat de Capacité d'Orthophoniste

<b>Année d'étude :</b> .....	<b>N° DE DOSSIER :</b> (sur carte d'étudiant)
<b>ETUDIANT :</b>	
NOM PATRONYMIQUE : .....	
NOM MARITAL : .....	
PRENOM : .....	
ADRESSE : .....	
CODE POSTAL : ..... VILLE : .....	
TELEPHONE : ..... E-MAIL : .....	
N° DE POLICE D'ASSURANCE : .....	
<b>UNIVERSITE :</b>	
NOM RESPONSABLE PEDAGOGIQUE A L'UPMC : Professeur LAMAS	
QUALITE : <input checked="" type="checkbox"/> Professeur d'Université – Praticien Hospitalier – responsable du département de formation en orthophonie	
TELEPHONE : 01.40.77.98.33 ou 01.45.84.53.88      E-MAIL : orthophonie@upmc.fr	
<b>ORGANISME D'ACCUEIL :</b>	
NOM DU RESPONSABLE DE L'ORGANISME : .....	
ADRESSE : .....	
CODE POSTAL : ..... VILLE : .....	
N° SIREN : ..... N° SIRET : .....	
Catégorie : <input type="checkbox"/> Organisme public <input type="checkbox"/> Secteur associatif	
<input type="checkbox"/> Organisme privé (cabinet libéral, etc.)	
<b>STAGE</b>	
DATES PRECISES DU STAGE : du ..... au .....	
DUREE DU STAGE : .....	
DOMAINE DU STAGE : <input checked="" type="checkbox"/> Neurologie <input type="checkbox"/> Pédiopsychiatrie <input checked="" type="checkbox"/> ORL et / ou Surdité :    ORL <input type="checkbox"/>	
Surdité <input type="checkbox"/>	
<input checked="" type="checkbox"/> Cabinet libéral <input type="checkbox"/>	
<b>MAITRE DE STAGE</b>	
<b>NOM DU MAITRE DE STAGE :</b> .....	
QUALITE : <input type="checkbox"/> Orthophoniste <input type="checkbox"/> Médecin phoniatre	
TELEPHONE : ..... E-MAIL : .....	
LIEU DE STAGE SI DIFFERENT : .....	
CODE POSTAL : ..... VILLE : ..... PAYS : .....	
STAGE DONNANT LIEU A VALIDATION <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
si non, motif : .....	

Ne retourner que les conventions dûment renseignées

**Aucun stage ne pourra débuter avant le dépôt de la présente convention auprès  
secrétariat du DUEFO.**