



FICHE DE VALIDATION

Nom de l'étudiant (e) : Année d'étude :
Nom de jeune fille :
Téléphone : __/__/__/__/__

Maître de stage :
Adresse :
CP : __/__/__/__/__ Ville :

DOMAINE DU STAGE

Pédopsychiatrie Neurologie ORL Surdité
Cabinet libéral Autre : _____

Période du stage

(Dates précises)

Du _____ au _____

Stage validé

Stage non validé

(Rapport à fournir au secrétariat)

Nombre d'heures validées: _____ heures

Appréciation du maître de stage :

A Paris, le

Signature du stagiaire

Signature du maître de stage et cachet de l'établissement

Rapport de stage : **Oui** **Non**
Compte rendu de r education: **Oui** **Non**
Compte rendu de bilan : **Oui** **Non**

En cas de difficultés, n'hésitez pas à nous contacter au : 01.45.84.53.88 ou 01.40.77.98.33S **Seul le maître de stage est habilité à indiquer le nombre d'heures validées. Le DUEFO se réserve le droit de sanctionner l'étudiant en flagrant délit de fraude quant au nombre d'heures indiquées sur la validation.**