

ANNEE UNIVERSITAIRE 20 / 20

VALIDATION Stage de Médecine Générale

Nom de l'étudiant :

Prénom :

Nom du Praticien agréé MSU:.....

Période du stage :

Appréciation sur :

Assiduité sur 5

La qualité des services rendus sur 5

.....

Examen clinique ou pratique sur 10

.....

Note sur 20 :

Stage : validé (1) non validé (1)

Toute note inférieure à 10/20 entraîne la non validation du stage.

En cas de non validation :

- Durée du stage complémentaire à effectuer :

A....., le.....

Signature du Maître de stage,