

ATTESTATION DE STAGE
à remettre au stagiaire à l'issue du stage

ORGANISME D'ACCUEIL

Nom ou Dénomination sociale

Adresse.....

Certifie que

LE STAGIAIRE

Nom de famille: Nom d'usage:

Prénom..... Sexe : F M Né(e) le : _____ / _____ / _____

Adresse

Courriel

ETUDIANT EN (intitulé de la formation ou du cursus de l'enseignement supérieur suivi par le stagiaire) :

AU SEIN DE (nom de l'établissement d'enseignement supérieur ou de l'organisme de formation) :

a effectué un stage prévu dans le cadre de ses études

DURÉE DU STAGE

Dates de début et de fin du stage : du (JJ/MM/AAAA), au (JJ/MM/AAAA)

Représentant une durée totale de (Nbre de Mois / Nbre de Semaines) (rayer la mention inutile)

La durée totale du stage est appréciée en tenant compte de la présence effective du stagiaire dans l'organisme, sous réserve des droits à congés et autorisations d'absence prévus à l'article L.124-13 du code de l'éducation (art. L.124-18 du code de l'éducation). Chaque période au moins égale à 7 heures de présence consécutives ou non est considérée comme équivalente à un jour de stage et chaque période au moins égale à 22 jours de présence consécutifs ou non est considérée comme équivalente à un mois.

MONTANT DE LA GRATIFICATION VERSÉE AU STAGIAIRE

Le stagiaire a perçu une gratification de stage pour un montant total de

L'attestation de stage est indispensable pour pouvoir, sous réserve du versement d'une cotisation, faire prendre en compte le stage dans les droits à retraite. La législation sur les retraites (loi n°2014-40 du 20 janvier 2014) ouvre aux étudiants **dont le stage a été gratifié** la possibilité de faire valider celui-ci dans la **limite de deux trimestres**, sous réserve du **versement d'une cotisation**. La **demande est à faire par l'étudiant dans les deux années** suivant la fin du stage et sur **présentation obligatoire de l'attestation de stage** mentionnant la durée totale du stage et le montant total de la gratification perçue. Les informations précises sur la cotisation à verser par le stagiaire et sur la procédure à suivre sont à demander auprès de la sécurité sociale (code de la sécurité sociale art. L.351-17— code de l'éducation art.D.124-9).

FAIT A..... LE

..... Nom, fonction et signature du représentant de l'organisme d'accueil



Stage d'observation

Année universitaire 20__/20__



Stage effectué en :

Cabinet Dentaire Laboratoire de Prothèse

NOM et PRENOM DE L'ETUDIANT(E) :.....

N°ETUDIANT :.....

Année d'étude suivie en odontologie :



NOM DU MAITRE DE STAGE :.....

ADRESSE :.....

CODE POSTAL :..... VILLE :.....

TEL :..... E-MAIL :.....



Je soussigné(e) atteste que
l'étudiant(e)..... a effectué un stage d'observation
d'une durée obligatoire de 20H, répartie comme établi dans le tableau suivant.
J'atteste également avoir lu le rapport de stage et approuve son contenu.

Tableau récapitulatif des jours de présence et heures effectués par l'étudiant :

JOUR DE PRESENCE :	NOMBRE D'HEURES EFFECTUEES :

Date et signature du Maître de Stage :

Ce document est à rendre à la Scolarité en fin de stage par l'étudiant.

FICHE D'EVALUATION DU STAGE D'OBSERVATION

En Cabinet Dentaire

En Laboratoire de Prothèses

Nom du Maître de Stage :	Nom du Stagiaire :
Adresse professionnelle :	Année d'études :

GRILLE D'ÉVALUATION

(A: sans faute – B: fautes mineures – C: fautes régulières – D: fautes graves)

		A	B	C	D
1	Ponctualité/assiduité				
2	Hygiène/propreté				
3	Politesse/respect des personnes				
4	Respect des consignes				
5	Respect du secret professionnel/discrétion				
6	Intégration à l'équipe/relations interpersonnelles				
7	Curiosité intellectuelle/motivation				
8	Intérêt pour le fonctionnement du lieu de stage				

OBSERVATIONS EVENTUELLES

Aspects positifs à mettre en valeur :

Difficultés rencontrées :

VALIDATION

AVIS du Maître de Stage	STAGE VALIDÉ par le Doyen	
	OUI	NON
Date, signature et cachet	Date, signature et cachet	
Le	Le	

