

**FORMULAIRE DE DEMANDE D'AGREMENT EN QUALITE DE MAITRE DE STAGE  
2024/2025**

**LE PRATICIEN**

Nom ..... Prénom .....

N° d'inscription au Conseil de l'Ordre  
.....  
.....

Adresse  
.....  
.....  
.....  
.....

Code postal ..... Ville .....

N° de téléphone fixe ..... N° de téléphone portable  
.....

Adresse électronique .....

Déclare avoir pris connaissance de la charte d'engagement du maître de stage édité par la Faculté de Chirurgie Dentaire de Bordeaux

Demande auprès du Conseil Départemental de l'Ordre des Chirurgiens-Dentistes du Département de  
.....

à être agréé en qualité de maître de stage afin d'accueillir un étudiant de 6<sup>ème</sup> année de la Faculté de Chirurgie Dentaire de Bordeaux

Cachet professionnel

Signature du Praticien

Date

**AVIS DU CONSEIL DE L'ORDRE DES CHIRURGIENS  
DENTISTES**

- Favorable  
 Défavorable

Cachet et signature

**AVIS DU DOYEN DE LA FACULTE DE CHIRURGIE DENTAIRE  
PR CAROLINE BERTRAND**

- agrément accordé  
 agrément refusé

Signature