



FICHE D'APPRECIATION DU STAGE D'ACTIVITE PROFESSIONNELLE

ETUDIANT NOM : _____ PH6
Prénom : _____

OFFICINE NOM du pharmacien agréé Maître de stage : _____
Adresse _____
Tél : _____
Cachet de l'officine _____

Stage du/...../..... au/...../.....

Appréciations sur : (à indiquer par une croix dans la case retenue)	Insuffisant	Assez Bien	Bien	Très bien
Aptitude professionnelle				
Sens pratique				
Esprit d'initiative				
Qualité de la dispensation des médicaments				
Qualité du conseil				
Education pour la santé et rôle social				
Comportement vis-à-vis de l'équipe officinale				
Comportement vis-à-vis des autres professionnels				
Présentation et tenue				
Exactitude et assiduité				

Stage validé : OUI : NON :

Observations et avis du Maître de stage

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Signature _____ Fait à _____ le _____

A retourner **une semaine avant la fin du stage, directement** au Service de Scolarité,
à l'attention de **Monsieur Yvan GENEVOIS**
UFR SMP, 19 rue Ambroise Paré, 25030 Besançon Cedex
yan.genevois@univ-fcomte.fr
Fax : 03.63.08.23.58