



## FICHE D'APPRECIATION DU STAGE D'APPLICATION

ETUDIANT NOM : DFGSP3 - 3°A / DFASP1 - 4°A  
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)	Mauvais	Moyen	Bien	Très bien
L'intérêt manifesté pendant le stage				
La qualité d'ordre et de méthode				
Le sens pratique				
La faculté d'adaptation				
Le comportement général :				
Exactitude et assiduité				
Présentation et tenue				
Discrétion				
L'intégration dans l'équipe officinale				

Stage validé :

OUI :

NON :

Observations et avis du Maître de stage

Signature

Fait à

le

A retourner **dès la fin du stage** au Service de Scolarité, à l'attention de **Monsieur BATAILLE**,  
**UFR des Sciences Médicales et Pharmaceutiques, 19 rue Ambroise Paré, 25030 Besançon Cedex**