

MATURITE SPECIALISEE SANTE
RECAPITULATIF DES JOURS DE STAGES PREALABLES

Nom :

Prénom :

RECAPITULATIF DES JOURS DE STAGES PREALABLES
 4 semaines dans le domaine des soins.

INSTITUTION/ EMPLOYEUR	ADRESSE DU LIEU DE STAGE	FONCTION/ ACTIVITE EXERCEE	DATES DU STAGE		TAUX D'ACTIVITE	NOMBRE DE SEMAINES
			du	au		

*Il est impératif de joindre à ce récapitulatif l'attestation de stage, établie par l'employeur, **qui mentionne les dates et taux d'activité** (nombre d'heures hebdomadaires).*

Validation de l'intégralité du stage préalable
 (à remplir par le maître inscripteur de l'école)

Nom et prénom :
 Date et timbre de l'école :