

D.U TECHNICIEN D'INFORMATION MÉDICALE

Année universitaire 2024/2025

EVALUATION DE STAGE

ETUDIANT

NOM :

PRENOM :

STAGE

ETABLISSEMENT :

RESPONSABLE

VALIDATION

Appréciation

STAGE VALIDE :

Oui

Non

DATE DE STAGE :

NOMBRE D'HEURES :

Date :

Signature et cachet du responsable