

**Ministère de l'Enseignement Supérieur , de la Recherche Scientifique,  
Université de Monastir  
Faculté de Médecine Dentaire de Monastir**

Monastir, le 15 juillet 2020

**Professeur Fethi Maatouk  
Doyen**

M. ....

*Objet: Stage de médecine dentaire Communautaire*

*Conformément au cursus des études en médecine dentaire, vous êtes appelé(e) à effectuer un stage de médecine dentaire Communautaire d'une durée de deux semaines dans une structure sanitaire de soins de santé relevant de la Direction Régionale de la Santé de .....*

*A cet effet, vous êtes appelé(e) à contacter ladite direction qui vous désignera le lieu du stage.*

*A la fin de votre stage, vous remettrez au Service de la Scolarité la fiche d'évaluation ci-jointe, dûment remplie et signée par le médecin encadreur.*

**Le Doyen**

**Pr. Fethi Maatouk**



**MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR DE LA RECHERCHE  
SCIENTIFIQUE  
UNIVERSITE DE MONASTIR  
FACULTE DE MEDECINE DENTAIRE DE MONASTIR**



**FICHE D'EVALUATION DU STAGE COMMUNAUTAIRE**

**Nom et Prénom de l'étudiant (e) :** .....

**Année d'études :** .....

**Direction (ou pays) d'accueil :** .....

**Lieu de stage (service et établissement) :** .....

**Période de stage : du** ..... **au** .....

**Médecin encadreur :** .....

**Evaluation du stage :** .....

- **Assiduité :** ...../20
- **Pratique quotidienne :** ...../20
- **Relations Professionnelles :** ...../20

**Total : ..60**

**Appréciations générales :**

.....  
.....  
.....

**Fait à .....Le.....**

**Le Médecin encadreur  
Signature et cachet**

**NB :** Cette fiche dûment remplie et signée est à remettre à l'étudiant stagiaire sous pli confident au nom de Monsieur le Doyen de la Faculté de Médecine Dentaire de Monastir.