

**EVALUATION DU STAGE HOSPITALIER  
HORS SERVICE D'ODONTOLOGIE  
5<sup>e</sup> année – validation semestre 10**

(à compléter par l'étudiant(e))

**NOM :** ..... **Prénom :** .....

**Stage effectué du :** ..... **au :** .....

**Service :** .....

**Nom – Prénom du Maître de stage :** .....

**EVALUATION DU STAGE A RETOURNER AVANT LE 10/04/2026**

(à compléter par le tuteur)

	Très bien	Bien	Assez bien	Passable	Mauvais
<b><u>Qualités relationnelles avec le personnel</u></b> Capacité à communiquer					
Relations avec l'équipe soignante					
Assiduité – Ponctualité					
<b><u>Qualités relationnelles avec les patients</u></b> Attention à l'égard des patients					
Disponibilité					
<b><u>Compétences, implications</u></b> Implication dans les activités proposées					
Sens de l'initiative					
Sens de l'observation					
Hygiène					

**Commentaires et appréciations générales :** .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Signature et CACHET obligatoires** du Maître de stage :