

AVENANT A LA CONVENTION DE STAGE D'INITIATION 2ème ANNEE

Nom étudiant :

Nom du Maître de stage :

Pharmacie :

Adresse :

Mail officine (indispensable pour la validation à suivre du stage) :

Je soussigné(e) atteste prolonger à l'étudiant(e)
..... son stage officinal d'initiation pour effectuer ses 2
semaines restantes du au selon les horaires
suivants :

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Total
Matin							
Après-midi							

- Le stagiaire sera présent dans l'officine le dimanche et/ou un jour férié Oui Non
- Si oui préciser dates et horaires :*

Fait à :

Le :

Signature Stagiaire :

Cachet et signature du pharmacien :