(à remettre par l’étudiant aux Services académiques)

|  |  |
| --- | --- |
| (À remplir par les services académiques)) | |
| Date de réception | Signature |

|  |
| --- |
| (à remplir par l´étudiant) |

NOM ET PÉNOM DE L´ÉTUDIANT:

PVI (Pratique Vétérinaire Intégrée):

LIEU DU STAGE (Entité):

CONTACT TÉLÉPHONIQUE:

NOM DU CONSEILLER SCIENTIFIQUE:

LICENCE PROFESSIONNELLE:

CONTACT DU CONSEILLER SCIENTIFIQUE:

COURRIEL:

PÉRIODE DU STAGE – DU AU

OBJECTIFS DE STAGE :

ACTIVITÉS À DEVELOPPER

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Rubriques | | |
| **Conseiller scientifique** | **Étudiant** | **Tuteur** |

|  |
| --- |
| **LE CONSEILLER SCIENTIFIQUE** |

Je déclare assurer l'orientation de la pratique vétérinaire intégrée de l'étudiant identifié ci-dessus selon le plan défini dans ce document.

Signature: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| **L´ÉTUDIANT** |

Je déclare assumer le développement de la pratique vétérinaire intégrée selon le plan fourni dans le présent document et en conformité avec les directives du conseiller scientifique, le règlement PVI de l'EUVG et les normes et règles de l'entité de stage

Signature: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| **LE TUTEUR** |

Je déclare avoir pris connaissance du plan d'activité présenté.

Signature: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_