

Année Universitaire 2023/2024

STAGE D'INITIATION AUX SOINS INFIRMIERS

Accord de principe

Je soussigné(e)

Nom de l'encadrant ou du signataire de la convention _____

Nom de l'établissement d'accueil _____

Adresse _____

Mail _____ **Téléphone** _____

Service où sera affecté l'étudiant _____

est d'accord pour accueillir M/Mme

NOM Prénom de l'étudiant _____

du _____ **au** _____ **en stage d'initiations aux soins infirmiers.**

Cachet et signature du lieu de stage

Signature de l'étudiant