



**CERTIFICAT D'INSCRIPTION AU STAGE OFFICINAL EN VUE  
D'OBTENTION D'EQUIVALENCE**

Maître de stage : **Mr / Mme**.....

Pharmacie..... Ville.....

Je soussigné, pharmacien agréé (e) par le Conseil de l'Ordre des Pharmaciens comme maître de stage accepte comme stagiaire à mon officine où il effectuera un stage de six mois.

à dater du ..... au.....

**M.** :.....

Né le ..... à.....

Domicilié.....

Pharmacien stagiaire, diplômé de la faculté de .....

**Cachet et signature du maître de stage**

**Engagement du pharmacien stagiaire**

**M.** :.....a déclaré se soumettre à toutes les obligations et réglementations concernant l'exécution de ce stage.

**A.**....., le .....

**Signature du stagiaire**

**Enregistrement du Conseil Régional des Pharmaciens d'Officine du Nord**

**M.** :.....

Stagiaire, a été enregistré sous le N° :.....

au **CRPON**

à Rabat Le.....

**LE CONSEIL REGIONAL DES PHARMACIENS D'OFFICINE DU NORD**