**TEST DE POSITIONNEMENT**

FORMATION PROTHÉSISTE ONGULAIRE

Nom – Prénom :

Date :

Formation choisie :

**Contrôle des connaissances en amont de la formation :**

Ajouter des questions portant sur le contenu de la formation afin de connaître le niveau de connaissances actuel de vos stagiaires.

Signature du stagiaire