

PLANNING DES STAGES

Année universitaire 2020-2021

STRUCTURE D'ACCUEIL	
RAISON SOCIALE :	
NOM DU RESPONSABLE LEGAL :	
SECTEUR(S) / SERVICE(S) / ÉTABLISSEMENT(S) RATTACHÉ(S) où s'effectue le stage :	
ADRESSE(S) où s'effectue le stage :	
Téléphone standard :	Fax :

ENVOI DES CONVENTIONS DE STAGE	
RAISON SOCIALE (si différente) :	
SERVICE :	
DESTINATAIRE : Mme/M.	Téléphone :
FONCTION du responsable administratif pour l'organisation des stages :	
ADRESSE (si différente) :	
PROCÉDURE ADMINISTRATIVE :	
<input type="checkbox"/> Attestation d'assurance responsabilité civile <input type="checkbox"/> Autre : <input type="checkbox"/> Certificat médical	

CADRE	
Titre du cadre :	Téléphone :
Nom : Mme/M.	Courriel :

ERGOTHÉRAPEUTE(S)	
Nombre ETP d'ergothérapeutes dans le service :	
Nom(s) : Mme/M.	
Téléphone :	
Courriel :	

CHAMP D'INTERVENTION	POPULATION CONCERNÉE
<input type="checkbox"/> Soins de Suite et de Réadaptation <input type="checkbox"/> Soins en Santé Mentale <input type="checkbox"/> Lieux de Vie	<input type="checkbox"/> Enfants <input type="checkbox"/> Adolescents <input type="checkbox"/> Adultes <input type="checkbox"/> Personnes Âgées

Activités professionnelles spécifiques et typologie des dysfonctionnements des personnes accueillies

.....
.....
....
.....
..
.....
.....
....
.....
..
.....
..

Conditions de stage

Horaires :

Repas : Oui Non Prix : €

Hébergement : Oui Non Prix : €

Conditions et démarches :

.....
.....

Transport en commun possible pour rejoindre le lieu de stage :

Oui Non Le(s)quel(s) :

Voiture nécessaire : Oui Préférable Non

**Le tuteur ou les tuteurs potentiel(s)
du(des) stage(s)**

Nom, Prénom, Qualité :

Nom, Prénom, Qualité :

Nom, Prénom, Qualité :

Observations – Modalités particulières

.....
.....
.....
.....
.....
.....

CACHET DE L'ÉTABLISSEMENT

SIGNATURE du responsable validant les offres de stage
Nom – Prénom – Fonction – Tél – Mail