



Rétroaction hebdomadaire du formateur clinique/superviseur

- ▶ À compléter et discuter avec l'étudiant à la fin de chaque semaine de stage
- ▶ Optionnel les semaines où les évaluations de mi-stage et de fin de stage sont réalisées

Information générale

Nom de l'étudiant	
Établissement	
Semaine de stage (inclure #semaine, dates et #jours de stage complétés)	

Forces

Points à améliorer

Plan d'action

--	--

Autre information (optionnel)

--

Signatures

<hr/> Formateur clinique	<hr/> Étudiant	<hr/> Date
---------------------------------	-----------------------	-------------------

Si plus d'un FC ou plus d'un étudiant

<hr/> Formateur clinique	<hr/> Étudiant	<hr/> Date
---------------------------------	-----------------------	-------------------