****



**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 et dates) |  |

**Forces**

|  |
| --- |
|  |

**Points à améliorer Plan d’action**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

**Autre information (optionnel)**

|  |
| --- |
|  |

**Signatures**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Formateur clinique** |  | **Étudiant** |  | **Date** |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**Si plus d’une FC ou plus d’un étudiant**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Formateur clinique** |  | **Étudiant** |  | **Date** |  |
|  |  |  |  |  |  |  |