

ACTIVITÉ DE FORMATION PRATIQUE DANS LE MILIEU DE L'ORTHOphonie (7CDO230)

Formulaire de stage

Informations relatives à la ou au stagiaire

Prénom et nom: _____

Code permanent : _____

Superviseur(e) de l'UQAC : _____

Informations relatives au stage

Lieu du stage : _____

Mission de l'organisation : _____

Personne responsable dans le milieu : _____

Fonction : _____

Numéro de téléphone : _____

Objectif du stage : _____

Tâches et responsabilités qui seront confiées à la ou au stagiaire :

Signatures

Stagiaire : _____ Date : _____

Personne responsable dans le milieu : _____ Date : _____

Superviseur(e) de l'UQAC : _____ Date : _____

Direction de l'Unité : _____ Date : _____