

Relevé d'heures de stages

NOM ET PRÉNOM DE L'ÉTUDIANT	
ANNÉE D'ÉTUDES / SEMESTRE / DOMAINE	ANNEE ... SEMESTRE ... DOMAINE (Voir section 3 du portfolio pour les intitulés des domaines)
INSTITUTION & SERVICE	
PÉRIODE DE STAGE	Du / / 20..... au / / 20.....

Qui complète ce document ? L'étudiant le complète quotidiennement, le fait parapher par la personne avec laquelle il a travaillé ce jour-là (accompagnateur) et le fait contresigner par le tuteur clinique à la fin du stage.

Quand ce document doit-il être complété ? Régulièrement sur base des horaires réellement prestés, et, dans tous les cas, en fin de stage.

Pourquoi ? Pour comptabiliser le nombre réel d'heures de stages réalisées par l'étudiant.

Comment compléter ce document ? L'étudiant veille à compléter et faire compléter au fur et à mesure les tableaux dans les pages suivantes. En cas d'absence, il indique « ABS » dans la colonne « N. heures » pour le(s) jour(s) concerné(s). A la fin du stage, l'étudiant recopie le total général des heures réalisées pour le stage dans le tableau reprenant son parcours de stage (Partie 5.1 du portfolio).



Relevé d'heures de stages

	Semaine du ... / ... / 20... au .../... / 20 ...			Semaine du ... / ... / 20... au .../... / 20 ...			maine du ... / ... / 20... au .../... / 20 ...			Semaine du ... / ... / 20... au .../... / 20 ...			Semaine du ... / ... / 20... au .../... / 20 ...			Total général heures / 5 semaines
	Horaire	Para. acc.	N. heures	Horaire	Para. acc.	N. heures	Horaire	Para. acc.	N. heures	Horaire	Para. acc.	N. heures	Horaire	Para. acc.	N. heures	
Lundi	... : ... - ... : ...			... : ... - ... : ...			... : ... - ... : ...			... : ... - ... : ...			... : ... - ... : ...			
Mardi	... : ... - ... : ...			... : ... - ... : ...			... : ... - ... : ...			... : ... - ... : ...			... : ... - ... : ...			
Mercredi	... : ... - ... : ...			... : ... - ... : ...			... : ... - ... : ...			... : ... - ... : ...			... : ... - ... : ...			
Jeudi	... : ... - ... : ...			... : ... - ... : ...			... : ... - ... : ...			... : ... - ... : ...			... : ... - ... : ...			
Vendredi	... : ... - ... : ...			... : ... - ... : ...			... : ... - ... : ...			... : ... - ... : ...			... : ... - ... : ...			
Samedi	... : ... - ... : ...			... : ... - ... : ...			... : ... - ... : ...			... : ... - ... : ...			... : ... - ... : ...			
Dimanche	... : ... - ... : ...			... : ... - ... : ...			... : ... - ... : ...			... : ... - ... : ...			... : ... - ... : ...			
	Total h. / sem.			Total h. / sem.			Total h. / sem.			Total h. / sem.			Total h. / sem.			

NOM, PRÉNOM ET SIGNATURE DU TUTEUR CLINIQUE		NOM, PRÉNOM ET SIGNATURE DE L'ÉTUDIANT	
--	--	---	--