

MMD1087 – TRAVAUX CLINIQUES INDIVIDUELS Demande d’approbation

OBJECTIFS ÉDUCATIONNELS

- 1- Fournir à l’étudiant une exposition à une discipline en vue d’un choix éventuel.
- 2- Approfondir une discipline pour laquelle il éprouve un attrait particulier.
- 3- Offrir un moyen de rattrapage.
- 4- Constituer un champ de concentration pour l’étudiant dont le choix de carrière clinique est arrêté.

MÉTHODE D’APPRENTISSAGE

L’étudiant travaillera dans un domaine clinique de son choix sous la supervision d’un ou plusieurs tuteurs cliniciens.

MODE D’ÉVALUATION

“ Fiche d’évaluation de travaux cliniques individuels ”

ENDROIT

À déterminer avec le(s) tuteur(s) clinicien(s)

HORAIRE

À déterminer avec le(s) tuteur(s) clinicien(s)
Ce cours peut être réparti sur 2 trimestres maximum ou être effectué au trimestre d’été.

OBLIGATIONS DE L’ÉTUDIANT

- L’inscription au cours doit être approuvée par le responsable des cours à option.
- Les travaux cliniques individuels doivent être d’une **durée minimale de 120 heures**.
- L’étudiant doit, **AVANT d’entreprendre le stage**, compléter une copie du présent formulaire de demande d’approbation, le faire approuver et signer par son superviseur puis le remettre au responsable des cours à option.
- L’étudiant s’engage à remettre un compte rendu **au plus tard trois (3) semaines après la fin du stage** (3 pages minimum dactylographiées à double interligne).
- L’étudiant sera évalué par le superviseur sur une fiche d’évaluation qui sera envoyée au secrétariat.

N.B.: Aucun stage ne sera crédité sans l’approbation PRÉALABLE du coordonnateur de l’année.

MMD1087 – TRAVAUX CLINIQUES INDIVIDUELS
Demande d’approbation

NOM, PRENOM DE L’ÉTUDIANT

MATRICULE

ANNÉE (AP, 1^{ère}, 2^{ème})

DISCIPLINE: _____

DATES: Début: _____ Fin: _____

PROFESSEUR RESPONSABLE: _____
(en lettres moulées)

ADRESSE : _____

TÉL.: _____

OBJECTIFS VISÉS PAR LE STAGE:

Signature de l’étudiant

J’accepte de diriger au cours de l’année académique les travaux du stagiaire mentionné en titre.

SIGNATURE DU PROFESSEUR RESPONSABLE

COORDONNATEUR DE L’ANNÉE

DATE

DATE

Formulaire à retourner à md-recherche@med.umontreal.ca