

Programme de stages pratique pour étudiants - Santé et Biosciences

Formulaire d'accord d'apprentissage intégré au travail (Formulaire 3 de 4)

NOM DU PARTICIPANT : _____	
ÉTABLISSEMENT D'ENSEIGNEMENT POSTSECONDAIRE : _____	PROGRAMME : _____
CAMPUS (S'Y IL A LIEU): _____	DÉPARTEMENT/ FACULTÉ: _____
EMPLOYEUR : _____	TITRE DU PLACEMENT : _____
DATE DE DÉBUT DU PLACEMENT : _____ (jj-mm-aaaa)	DATE DE FIN DU PLACEMENT : _____ (jj-mm-aaaa)
ANNÉE UNIVERSITAIRE EN COURS (au moment le placement est commencé) : 1re année 2e année 3e année 4e année Études supérieures Maîtrise Doctorat Autre _____	
STATUT D'ÉTUDES : Études à temps plein Études à temps partiel	
DATE DE DÉBUT DU PROGRAMME : _____	DATE PRÉVUE D'OBTENTION DU DIPLÔME : _____
ADMISSIBILITÉ DE L'ÉTUDIANT : Le placement doit être à temps plein ou temps partiel pour un maximum de 16 semaines Le participant est inscrit à temps plein ou temps partiel à un programme dans un établissement postsecondaire canadien. L'offre provient d'un employeur du secteur de la bioéconomie; et (ou) L'offre provient d'un employeur du secteur des soins de santé; et(ou) L'offre concerne un poste du secteur de la bioéconomie; et(ou) L'offre concerne un poste du secteur des soins de santé.	
PERSONNE-RESSOURCE DE L'ÉTABLISSEMENT D'ENSEIGNEMENT (nom et titre) : _____	
NUMÉRO DE TÉLÉPHONE : _____	ADRESSE COURRIEL D'EMPLOI (devrait inclure le domaine de l'institution) : _____
SIGNATURE DE LA PERSONNE-RESSOURCE DE L'ÉTABLISSEMENT D'ENSEIGNEMENT : _____	
Les signatures doivent être daté numériquement et horodaté or écrit à la main. Une signature tapé n'est pas accepté.	Date (jj-mm-aaaa)
SIGNATURE DE L'ÉTUDIANT : _____	
Les signatures doivent être daté numériquement et horodaté or écrit à la main. Une signature tapé n'est pas accepté.	Date (jj-mm-aaaa)