|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Faculté des sciences de la santéÉcole des sciences de la réadaptationFormation clinique (ergothérapie) |  | Faculty of Health SciencesSchool of Rehabilitation SciencesClinical Education (OT)  |

**OSCECS Section F : Plan de formation continue**

(Sommaire de stage de l’étudiant)

Nom de l’étudiant(e) :

Consignes à l’étudiant:

|  |
| --- |
| Au plus tard une semaine après la fin du stage, l’étudiant doit faire parvenir son plan de formation dûment rempli, par courriel, au coordonnateur de la formation clinique de l’Université d’Ottawa. Une fois révisé et validé par ce dernier, l’étudiant doit verser ce document dans son portfolio professionnel étudiant (e-PPE). Ce plan permet une synthèse des apprentissages et servira d’aide mémoire à l’étudiant lors de la préparation de sa prochaine expérience en milieu clinique (stage ou emploi).  |

|  |  |
| --- | --- |
| Suite à mon expérience de stage | [ ]  1 [ ]  2 [ ]  3 [ ]  4  [ ]  5 : |
| Milieu de stage:       |
| Clientèle principale :        |

|  |
| --- |
| Voici les expériences les plus significatives de mon stage : |
|       |

|  |
| --- |
| Voici trois de mes forces (compétences) : |
| 1)       |
| 2)       |
| 3)       |

|  |
| --- |
| Voici ce qu’il me reste à travailler: |
| 1)       |
| 2)       |
| 3)       |

Voici mon plan de formation continue :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Formulés sous forme d’objectifs mesurables et définis dans le temps, voici **trois éléments** que j’aurai **à améliorer** pour atteindre les compétences nécessaires à la pratique de l’ergothérapie. | Voici comment je m’y prendrai pour améliorer mes compétences et atteindre mes objectifs. (ex : énumérer les ressources, trucs et outils concrets pour y arriver). | Voici comment je prouverai que j’ai atteint mes objectifs (ex : décrire les critères de réussite. Indiquer qui validera et quand). |
| 1)       | 1)       | 1)       |
| 2)       | 2)       | 2)       |
| 3)       | 3)       | 3)       |

|  |  |
| --- | --- |
|       |        |
| Signature de l’étudiant / date |  | Signature du coordonnateur de la formation clinique / date |