****

**RAPPORT FINAL − BOURSE D’INITIATION À LA RECHERCHE AU 1er CYCLE - STAGE EN MILIEU UNIVERSITAIRE**

|  |
| --- |
| **INFORMATIONS SUR LA PERSONNE STAGIAIRE** |
| **Prénom et nom** :  | Numéro de dossier FRQ-secteur Santé : |
| Établissement/Université :  |

|  |
| --- |
| **INFORMATIONS SUR LE MILIEU D’ACCUEIL** |
| **Nom de l’organisation** :  |
| Coordonnées |
| Adresse : | Téléphone :  |
| Superviseur(e) du stage (personne-ressource) |
| Prénom et nom: | Téléphone :  poste : |
| Titre : | Courriel : |
| Unité/département : |
|  |
| **INFORMATIONS SUR LE STAGE** |
| Date de début du stage :  | Date de fin du stage : |
| Durée du stage (en semaines):  |
| Nombre d’heures par semaine (en moyenne) consacrées au stage: |

Quelles sont les principales tâches que vous avez effectuées lors de votre stage :

Quelles compétences ce stage vous a-t-il permis d’acquérir?

RETOMBÉES DU STAGE

Est-ce que le stage a répondu à vos attentes?

[ ]  Oui

[ ]  Non

[ ]  Partiellement

Pourquoi ? :

Selon vous, quelles ont été les retombées de votre stage pour le milieu d’accueil ?

À l’issue du stage, est-il prévu que vous mainteniez un lien avec le milieu? Si oui, de quelle manière (emploi, contrat de consultation, bénévolat, etc…)?

Nous apprécierions vos suggestions pour améliorer le programme :

SIGNATURES

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Signature de la personne qui supervise le stage Date :

Nom :

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Signature de la personne stagiaire Date :

Nom :