****

**FORMULAIRE POUR LE MILIEU D’ACCUEIL – OFFRE DE STAGE POUR LE PROGRAMME DE BOURSE D’INITIATION À LA RECHERCHE AU 1er CYCLE**

|  |
| --- |
| **INFORMATIONS SUR LA PERSONNE STAGIAIRE** |
| **Prénom et nom** :  | Numéro de dossier FRQ – secteur santé : |
| Établissement/Université :  |
| Programme et niveau d’étude en cours:  |

|  |
| --- |
| **INFORMATIONS SUR LE MILIEU D’ACCUEIL** |
| **Nom du milieu universitaire**:  |
| **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 nombre de semaines:  |
| Nombre d’heures par semaine (en moyenne) qui seront consacrées au stage: |
| Nombre d’heures total du stage :  (maximum 280 heures) |

**Description du projet d’initiation à la recherche (définir les rôles et tâches confiés à la personne stagiaire):**

|  |
| --- |
|  |

**Courte description du milieu d’accueil : (maximum 5 lignes)**

|  |
| --- |
|  |

**Description de la formation complémentaire qui sera offerte à la personne stagiaire et du mentorat disponible dans le milieu d’accueil:**

|  |
| --- |
|  |

**ANNEXE**

Complétez le calendrier des activités prévues ci-dessous en lien avec les objectifs du stage. Précisez le nombre d’heures de présence par semaine que la personne stagiaire devra effectuer sur le lieu des activités de recherche.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Semaine** | **Activités prévues en lien avec les objectifs du stage** | **Nombre d’heures de présence** |
| 1 |  |  |
| 2 |  |  |
| 3 |  |  |
| 4 |  |  |
| 5 |  |  |
| 6 |  |  |
| 7 |  |  |
| 8 |  |  |
| 9 |  |  |
| 10 |  |  |
| 11 |  |  |
| 12 |  |  |
| 13 |  |  |
| 14 |  |  |
| 15 |  |  |
| 16 |  |  |
| 17 |  |  |
| 18 |  |  |
| 19 |  |  |
| 20 |  |  |
| 21 |  |  |
| 22 |  |  |
| 23 |  |  |
| 24 |  |  |

**SIGNATURES**

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

Signature de la personne qui supervise le stage Date \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nom :

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

Signature de la personne stagiaire Date \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nom :