


DEMANDE D'ORIENTATION POUR LES ENSEIGNANTS

Date de la demande :

Informations générales	Établissement d'enseignement :	Type de stage :								
	Nom du coordonnateur demandeur :	Année de formation :								
Informations sur le stage	Établissement de santé :	Date de début du stage :								
	Unité de soins :	Numéro de stage :								
	Spécialité :									
Informations sur l'enseignant	Nom de l'enseignant :	 :								
	Date de naissance :	@ :								
	Expérience	Dans l'établissement de santé : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, non fréquenté depuis :								
		Sur l'unité de soins : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, non fréquentée depuis :								
	Dans la spécialité : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, non fréquentée depuis :									
	Précisions sur l'expérience dans la spécialité:									
Informations pour la demande	<input type="checkbox"/> Orientation générale :	Date :								
	<input type="checkbox"/> Théorie :	Site :								
	<input type="checkbox"/> Journée d'orientation									
	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="text-align: center;">Première partie</td> <td style="text-align: center;">Deuxième partie (lorsque requis)</td> </tr> <tr> <td>Type d'orientation:</td> <td>Type d'orientation:</td> </tr> <tr> <td>Nombre de quart de jour demandé :</td> <td>Nombre de quart de jour demandé :</td> </tr> <tr> <td>Nombre de quart de soir demandé :</td> <td>Nombre de quart de soir demandé :</td> </tr> </table>	Première partie	Deuxième partie (lorsque requis)	Type d'orientation:	Type d'orientation:	Nombre de quart de jour demandé :	Nombre de quart de jour demandé :	Nombre de quart de soir demandé :	Nombre de quart de soir demandé :	
Première partie	Deuxième partie (lorsque requis)									
Type d'orientation:	Type d'orientation:									
Nombre de quart de jour demandé :	Nombre de quart de jour demandé :									
Nombre de quart de soir demandé :	Nombre de quart de soir demandé :									
	Disponibilités (offrir au minimum 1 quart de disponibilité de plus que de quarts demandés)									
	Jour :									
	Soir :									
	Commentaires en lien avec la demande :									

Informations de confirmation

Nom du chef d'unité :

Date	Heure (hh :mm)	Nom de l'infirmière	Libération