## Partenariat formation pratique

## Contrat pédagogique tripartite

**Réunissant :**

* Nom de l’étudiant·e : (Tél. : )
	+ Nom de la praticienne formatrice ou du praticien formateur agréé·e par la HES-SO :

 (Tél. : )

* S’il y a lieu, nom de l’ergothérapeute référent·e : (Tél. : )
* Nom de l’enseignant·e référent·e  : (Tél. : )

**Pour la période de formation pratique du : au :**

**Se déroulant à :**

**(coordonnées de l’institution et du lieu de formation pratique)**

Le contrat est établi en référence et dans le cadre précisé par les documents suivants :

Directives d’application de la de formation pratique de la filière Bachelor en ergothérapie de la HES-SO

**Objectifs d’apprentissage**

de la période de formation pratique

**Moyens de réalisation**

Ressources humaines, matérielles, organisationnelles, etc.

**Modalités d’évaluation prévues**

*La signature d'une partie par le biais d'une signature manuscrite numérisée (image de la signature manuscrite), ou par le biais d'une signature électronique (par exemple DocuSign), a la même valeur qu'une signature manuscrite originale.*

LIEU : DATE : SIGNATURE :