

## CONTRAT PÉDAGOGIQUE TRIPARTITE

### REUNISSANT :

- 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



**Haute école de travail social et de la santé Lausanne**  
Filière ergothérapie  
Ch. des Abeilles 14 • 1010 Lausanne • Suisse  
+41 (0)21 651 62 00 • [www.hetsl.ch](http://www.hetsl.ch)

**Hes·so**  
Haute Ecole Spécialisée  
de Suisse occidentale



**Haute école de travail social et de la santé Lausanne**  
Filière ergothérapie  
Ch. des Abeilles 14 • 1010 Lausanne • Suisse  
+41 (0)21 651 62 00 • [www.hetsl.ch](http://www.hetsl.ch)

**Hes·so**  
Haute Ecole Spécialisée  
de Suisse occidentale

## **OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE** de la période de formation pratique



**Haute école de travail social et de la santé Lausanne**  
Filière ergothérapie  
Ch. des Abeilles 14 • 1010 Lausanne • Suisse  
+41 (0)21 651 62 00 • [www.hetsl.ch](http://www.hetsl.ch)

**Hes·so**  
Haute Ecole Spécialisée  
de Suisse occidentale

## **MOYENS DE REALISATION**

Ressources humaines, matérielles, organisationnelles, etc.

## MODALITES D'EVALUATION PREVUES

*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 :

.....

.....

.....