

Département Universitaire d'Orthophonie de Bretagne (DUOB)
Adresse postale 22 avenue Camille Desmoulins –CS 93837 – 29287 Brest Cedex 3
M. VOISIN-DU BUIT Responsable de Formation Clinique
stage.duob@univ-brest.fr

Document n°1
Fiche de renseignement

Demande d'agrément - Maître de Stage en Orthophonie

| Fiche de renseignements | |
|--|--|
| Date de la demande : | |
| Nom : | Prénom : |
| SIRET (Libéraux / Salariés*) : <i>(*n° de l'établissement à indiquer)</i> | |
| Adresse professionnelle 1 : | |
| Adresse professionnelle 2 : | |
| Adresse mail : | |
| Téléphone 1 : | Téléphone 2 : |
| Année d'obtention du diplôme : | Lieu : |
| <u>Exercice actuel</u> Libéral, lieu Depuis le : | |
| Année du dernier(ère) étudiant (e) accueilli (e) en stage : | |
| Domaines d'intervention ou pathologies les plus fréquemment rencontrées : | |
| <input type="checkbox"/> Neurologie | <input type="checkbox"/> Voix |
| <input type="checkbox"/> Handicap | <input type="checkbox"/> Laryngectomie |
| <input type="checkbox"/> Cognition mathématique | <input type="checkbox"/> Autres : |
| | <input type="checkbox"/> Langage oral |
| | <input type="checkbox"/> Langage écrit |
| | <input type="checkbox"/> Surdité |
| | <input type="checkbox"/> Bégaiement |
| Formation(s) spécifique(s) suivie(s) que vous souhaitez préciser : | |

Etes-vous prêt (e) à accueillir des stagiaires du Département d'orthophonie de Brest dès le semestre qui suit l'attribution de l'agrément :

Oui

Non

Idee ou possibilité d'hébergement dans le cas d'un stage à distance de Brest

Merci de l'indiquer ici :

Pour information :

Le maître de stage doit exercer son activité professionnelle depuis au moins 3 ans. Dans le cadre de l'exercice libéral, il ne peut recevoir plus d'un stagiaire à la fois. Exerçant dans un établissement de santé privé ou public, le maître de stage doit pouvoir justifier d'une ancienneté de trois mois dans l'établissement.

Pour information, les stagiaires ne perçoivent pas de rémunération pour le stage.

Pour chaque stage, une grille d'évaluation, transmise par le Département d'Orthophonie, sera remplie par le Maître de Stage. Chaque semestre de stage donne lieu à un rapport et celui-ci sera annoté par le Maître de Stage et validé par le Département d'Orthophonie.

Je soussigné(e), _____ réalise une demande d'agrément de stage par le Département Universitaire d'Orthophonie de Bretagne.

J'accepte que mes coordonnées de MDS soient transmises à la Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale (DRJSCS) et à l'Agence Régionale de Santé (ARS) (*cocher la case*).

J'accepte que mes coordonnées de contact soient communiquées aux étudiants du DUOB, susceptibles de me solliciter dans le cadre de la formation clinique (*cocher la case*).

A, _____ le,
(Cachet de l'orthophoniste ou de l'établissement)

Signature :