



Feuille de route des heures directes de mentorat clinique

Vous devez faire parvenir ce document au coordonnateur des examens en le téléversant sur le site web www.orthodiv.org avant de vous inscrire au cours pratique avancé et dans les 4 mois suivant votre EPI.

Nombre REQUIS d'heures de mentorat : _____

# HEURES DE MENTORAT CLINIQUE DIRECTES COMPLÉTÉES	DOMAINES DE RÉTROACTION ABORDÉS SUITE À L'EXAMEN INTERMÉDIAIRE	DATE DE LA SESSION DE MENTORAT	* NOM COMPLET DU MENTOR	SIGNATURE DU MENTOR	DATE DE SIGNATURE

Nombre total d'heures de mentorat clinique directes complétées : _____

Date de l'examen pratique intermédiaire : _____

NOM DE L'ÉTUDIANT : _____

(Lettres capitales)

(Signature)

* Je reconnais que je suis un.e mentor.e du programme de physiothérapie AIM /Division d'orthopédie de l'ACP, et que j'ai dûment complété le processus d'inscription.