

Lettre d'entente du précepteur



uOttawa

Université d'Ottawa  
Faculté de médecine

University of Ottawa  
Faculty of Medicine

Madame,  
Monsieur,

Je vous remercie d'avoir accepté de laisser \_\_\_\_\_ se joindre à vous pour sa Semaine en milieu communautaire. Ce « stage au choix » est obligatoire dans le cadre de notre programme d'études. De plus, pour la plupart des étudiants, c'est une première occasion de vivre la pratique médicale en milieu rural. Nous vous prions de prendre quelques minutes pour lire la trousse ci-jointe dans laquelle les buts et les objectifs du programme sont mis en lumière. Comme cette semaine de stage est obligatoire, nous vous prions de ne pas oublier de remplir le formulaire d'évaluation de l'étudiant(e), dont vous trouverez une copie dans la trousse.

Je profite de l'occasion pour vous remercier de votre participation et pour vous informer qu'il y a d'autres possibilités de faire de l'enseignement au sein de l'Université d'Ottawa, tout particulièrement auprès de nos étudiants de troisième année (externat). Si vous croyez que cela vous intéresserait ou encore que vous seriez prêt(e) à recevoir un autre étudiant ou une autre étudiante pour la « semaine » l'an prochain, nous vous prions de nous faire parvenir un bref CV que nous garderons en dossier.

Finalement, nous vous prions de signer le formulaire ci-dessous, que nous garderons dans nos dossiers, afin d'indiquer que vous avez lu notre trousse décrivant la Semaine en milieu communautaire et que vous acceptez de recevoir \_\_\_\_\_ aux dates indiquées ci-dessus. Veuillez retourner le formulaire signé, par télécopieur, à l'attention d'EMR au (613) 562-5651.

Recevez, Madame, Monsieur, mes salutations les plus cordiales.

Dr Chuck Su  
Directeur, Éducation médicale régionalisée  
Faculté de médecine  
Université d'Ottawa  
Tél.: 613-562-5800 poste 8011  
Télec.: 613-562-5651  
[mhirsh@uottawa.ca](mailto:mhirsh@uottawa.ca)

\*\*\*\*\*

Je reconnais avoir lu la trousse du précepteur concernant la « Semaine en milieu communautaire » et j'accepte de superviser l'étudiant / l'étudiante susmentionné(e).

Date de la Semaine en milieu comunautaire: \_\_\_\_\_

Lieu / Région : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_

(caractères d'imprimerie s.v.p.)

Signature du / de la superviseur(e) : \_\_\_\_\_