

## DEMANDE D'AGREMENT MAITRE DE STAGE EN ORTHOPHONIE

Conformément à l'arrêté du 23 octobre 1991 relatif à la désignation des maîtres de stage en orthophonie

Nom

Nom de jeune fille

Prénom

### **Vous êtes orthophoniste :**

Date d'obtention du certificat de capacité d'orthophoniste

### **Vous êtes logopède :**

Date d'obtention du titre de logopède

Date d'obtention de l'autorisation d'exercice en France

Nombres d'années d'exercice

ans

Je dépose ma candidature à la fonction de maître de stage auprès des étudiants de la formation en vue du Certificat de Capacité d'Orthophoniste de l'Université de Bordeaux.

Dans la mesure du possible, je m'engage par la présente à recevoir en des stagiaires de cette formation.

Je prends connaissance que cet agrément est renouvelable tous les 3 ans par tacite reconduction.

En cas de rupture de l'une des parties, un courrier ou un mail sera adressé au maître de stage et au secrétariat de la formation.

Fait à

le

Signature

Décision de la commission d'agrément :

Agrément accordé

Agrément refusé

Numéro d'agrément :

### **Adresse postale**

Université de Bordeaux  
Collège Sciences de la Santé  
Secrétariat pédagogique formation orthophonie  
146, rue Léo Saignat  
CS 61292  
33076 Bordeaux Cedex

### **Liste des pièces à fournir**

- copie du diplôme d'orthophonie, ou copie de l'autorisation d'exercice pour les logopèdes
- curriculum vitae (détaillant titres et travaux, formations, encadrements de mémoire, cours dispensés)
- fiche de renseignement maître de stage dûment complétée

**Contact :** [agrement.orthophonie@u-bordeaux.fr](mailto:agrement.orthophonie@u-bordeaux.fr)

## INFORMATION

Conformément au nouveau règlement européen sur la protection des données personnelles, nous vous informons que les informations recueillies seront enregistrées dans un fichier informatisé et les données collectées sur la fiche de renseignement sont communiquées par le biais d'une liste des maîtres de stage agréés aux seuls destinataires suivants : les étudiants et membres de l'équipe pédagogique de la formation menant au Certificat de Capacité en Orthophonie de l'université de Bordeaux.

Ces données permettent de diffuser les offres de stage auprès des étudiants en orthophonie de l'Université de Bordeaux.

Vous pouvez accéder aux données vous concernant, les rectifier, demander leur effacement ou exercer votre droit à la limitation du traitement de vos données en adressant votre requête par mail à :

[agrement.orthophonie@u-bordeaux.fr](mailto:agrement.orthophonie@u-bordeaux.fr)

Ou par courrier :

Université de Bordeaux  
Collège Sciences de la Santé  
Secrétariat pédagogique formation orthophonie  
Zone Nord - Bâtiment 2A - RDC  
146 rue Léo Saignat  
33076 Bordeaux Cedex

FICHE DE RENSEIGNEMENT MAITRE DE STAGE EN ORTHOPHONIE

Nom	<input style="width: 95%;" type="text"/>	Prénom	<input style="width: 95%;" type="text"/>
Mode d'exercice	<input type="checkbox"/> libéral	<input type="checkbox"/> salarié	<input type="checkbox"/> mixte*
<small>*si votre activité est mixte, veuillez préciser les coordonnées des différents établissements dans lesquels vous exercez</small>			
Adresse établissement 1	<input style="width: 95%; height: 40px;" type="text"/>		
Code postal	<input style="width: 80%;" type="text"/>	Ville	<input style="width: 80%;" type="text"/>
Téléphone	<input style="width: 80%;" type="text"/>	Mail	<input style="width: 80%;" type="text"/>
Accessible en fauteuil roulant	<input type="checkbox"/>	Accessible en transports en commun :	<input type="checkbox"/>
Jours de présence sur le lieu de stage	<input style="width: 95%;" type="text"/>		
Demi-journée(s) de réception possible du stagiaire	<input style="width: 95%;" type="text"/>		
Jour de synthèse (éventuel)	<input style="width: 80%;" type="text"/>	Obligatoire	<input type="checkbox"/>
<b>Domaines de compétence particulière</b> <input style="width: 95%; height: 80px;" type="text"/>		<b>Domaines de compétence autre</b> <input style="width: 95%; height: 80px;" type="text"/>	
<small>voix, laryngectomisés, déglutition langage oral, langage écrit déficience intellectuelle aphasie, neurologie psychose, autisme raisonnement logico-mathématique surdité IMC handicaps</small>			
Adresse établissement 2	<input style="width: 95%; height: 40px;" type="text"/>		
<small>*si activité mixte</small>			
Code postal	<input style="width: 80%;" type="text"/>	Ville	<input style="width: 80%;" type="text"/>
Téléphone	<input style="width: 80%;" type="text"/>	Mail	<input style="width: 80%;" type="text"/>
Accessible en fauteuil roulant	<input type="checkbox"/>	Accessible en transports en commun	<input type="checkbox"/>
Jours de présence sur le lieu de stage	<input style="width: 95%;" type="text"/>		
Demi-journée(s) de réception possible du stagiaire	<input style="width: 95%;" type="text"/>		
Jour de synthèse (éventuel)	<input style="width: 80%;" type="text"/>	Obligatoire	<input type="checkbox"/>
<b>Domaines de compétence particulière</b> <input style="width: 95%; height: 80px;" type="text"/>		<b>Domaines de compétence autre</b> <input style="width: 95%; height: 80px;" type="text"/>	
<small>voix, laryngectomisés, déglutition langage oral, langage écrit déficience intellectuelle aphasie, neurologie psychose, autisme raisonnement logico-mathématique surdité IMC handicaps</small>			

Propositions pour le stage (*observation, participation aux prises en charge ...*)

Remarques, suggestions