

LETTRE D'APPUI À L'ENTRÉE EN RÉSIDENCE

A - À REMPLIR PAR LA CANDIDATE OU LE CANDIDAT

Nom – prénom	Date de naissance	No CaRMS
Date :	Signature :	

B - À REMPLIR PAR LA RÉPONDANTE OU LE RÉPONDANT

Je connais la personne mentionnée ci-dessus depuis _____ ans et/ou _____ mois.
 Elle était alors _____ (précisez, ex : étudiante)
 Ma relation (professionnelle, pédagogique, etc...) avec le candidat ou la candidate : _____

Veillez donner votre appréciation de cette personne en cochant les cases correspondantes, par comparaison avec les étudiants de même niveau, de même expérience et de même préparation que vous avez connus au cours de votre carrière.

	Insuffisant	En-dessous de la moyenne	Dans la moyenne	Au-dessus de la moyenne
1. Capacité à communiquer : exprime clairement sa pensée; concise ; discours logique.				
2. Relations interpersonnelles : respecte les autres; capable de travailler en équipe; fait preuve de patience et d'ouverture d'esprit.				
3. Maturité : possède un bon jugement ; logique dans ses raisonnements, intègre, responsable, disciplinée ; s'implique auprès de la collectivité ; autonome ; fait preuve d'autocritique ; capable de prendre des décisions difficiles.				
4. Motivation : persévérante, déterminée ; fait plus que le minimum requis ; capable d'imposer ses idées tout en respectant celles des autres.				
5. Curiosité : vérifie les connaissances aux sources ; améliore continuellement ses connaissances, s'intéresse à la recherche ; possède un bon sens d'observation.				
6. Compétence clinique : se fait facilement accepter des malades ; capable de définir clairement les problèmes ; possède un bon jugement clinique ; utilise de façon rationnelle les services diagnostiques ; peut justifier ses interventions thérapeutiques.				

Commentaires supplémentaires si nécessaire :

RECOMMANDATIONS :

a) Je recommande ce candidat : sans réserve avec réserve je ne recommande pas ce candidat

b) Veuillez indiquer, en plaçant un X à l'endroit approprié, votre appréciation générale de ce candidat :

exceptionnellement faible |-----| exceptionnellement fort

Date : _____

Nom : _____

Signature : _____

Centre hospitalier : _____