



Canadian Nurses Foundation

Fondation des infirmières et infirmiers du Canada

**BOURSE D'ÉTUDES AUTOCHTONE DE SCIENCES INFIRMIÈRES 2010 AU NIVEAU DU BACCALAURÉAT
ANNEXE "B" – FORMULAIRE D'ÉVALUATION DU RÉPONDANT /
ÉVALUATION DU (DE LA) CANDIDAT(E)**

Ce formulaire doit obligatoirement être rempli par un membre du corps enseignant, auxiliaire d'enseignement, chargé de cours ou directeur de stage de l'institut, du collège ou de l'université que fréquente le/la candidat(e) (**les références de membres de la famille ou d'amis ne seront pas acceptées et peuvent entraîner la disqualification**). Dans le cas contraire, la demande sera jugée incomplète. Une fois rempli par l'évaluateur, l'original du formulaire d'évaluation peut être remis au (à la) candidat(e) dans une enveloppe cachetée que cette personne joindra à sa demande OU posté directement au bureau de la FIIC.

Veuillez remplir ce formulaire à l'ordinateur.

*Champs obligatoires

I. RENSEIGNEMENTS SUR LE (LA) CANDIDAT(E)

PRÉNOM*	DEUXIÈME PRÉNOM	NOM DE FAMILLE*
---------	-----------------	-----------------

II. RENSEIGNEMENTS SUR LE RÉPONDANT

PRÉNOM*	DEUXIÈME PRÉNOM	NOM DE FAMILLE*	TITRE DE COMPÉTENCE*
POSTE*		ORGANISATION*	
TÉLÉPHONE AU BUREAU* et POSTE (si applicable)		COURRIEL*	

III. LIEN AVEC LE/LA CANDIDAT(E)*

3.1. Vous connaissez le/la candidat(e) depuis combien d'années? _____

Lien avec le/la candidat(e) :

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ancien/leader communautaire | <input type="checkbox"/> Enseignant au secondaire |
| <input type="checkbox"/> Professeur | <input type="checkbox"/> Directeur de stage |
| <input type="checkbox"/> Chargé de cours | <input type="checkbox"/> Auxiliaire d'enseignement |
| <input type="checkbox"/> Membre du corps enseignant | <input type="checkbox"/> Directeur de mémoire/thèse |
| <input type="checkbox"/> Directeur d'études | <input type="checkbox"/> Employeur (seulement si le/la candidat(e) a quitté les études depuis plus d'un an) |
| <input type="checkbox"/> Directeur d'école secondaire | |

IV. ÉVALUATION DU (DE LA) CANDIDAT(E)*

Veillez cocher les cases qui représentent le mieux l'opinion que vous avez de la personne ci-dessus. Veuillez fournir des renseignements détaillés sur les atouts et les faiblesses de cette personne dans l'espace prévu à la fin du formulaire. Votre évaluation globale de cette personne et de son rendement durant la période pendant laquelle vous l'avez côtoyée revêt une grande importance pour les examinateurs.

Qualités dont cette personne fait preuve :		Rarement	Parfois	Souvent	Toujours	Je ne peux juger
AUTONOMIE	Recherche le savoir ou agit de sa propre initiative, en demandant conseil seulement s'il le faut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ORIENTATION VERS UN BUT	Concentre son attention et son énergie sur la réalisation de ses objectifs futurs et persévère dans cette direction	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ESPRIT CRITIQUE	Évalue judicieusement tous les renseignements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ORIGINALITÉ/ CRÉATIVITÉ	Fait preuve d'imagination ou d'ingéniosité pour régler des problèmes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SENS DE L'ORGANISATION	Planifie et coordonne ses activités de façon systématique et attentive	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
APTITUDES À LA COMMUNICATION	Peut travailler avec d'autres, les influencer et leur transmettre des connaissances	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ENGAGEMENT	S'engage dans son milieu de travail ou d'études ou dans la collectivité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
INTÉGRITÉ	Respecte un code d'éthique, fait preuve de moralité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VISION	Fait preuve de discernement ou de perception, prévoit avec intelligence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
FIABILITÉ	Reste fidèle à sa ligne de conduite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DÉCLARATION D'ENTENTE. Signez et datez ce formulaire ci-dessous.

L'information que j'ai donnée dans ce formulaire est véridique.

Signature du répondant

Date

Si vous avez des questions, n'hésitez pas à communiquer avec la coordonnatrice de la FIIC:
Sans frais : 1-800-361-8404
Tél. : 613-237-2159 poste 242
Courriel : info@cnf-fiic.ca