|  |
| --- |
| Direction de la santé, des affaires sociales et de l’intégrationGroupe de travail spécial Santé  |
|
|

Convention de mentorat

conclue entre

***la personne qui suit le mentorat***

Prénom et nom : Cliquez ou tapez ici pour introduire un texte.

Institution : Cliquez ou tapez ici pour introduire un texte.

Numéro de téléphone et adresse électronique : Cliquez ou tapez ici pour introduire un texte.

***et la ou le mentor***

Prénom et nom : Cliquez ou tapez ici pour introduire un texte.

Institution : Cliquez ou tapez ici pour introduire un texte.

Numéro de téléphone et adresse électronique : Cliquez ou tapez ici pour introduire un texte.

La convention est conclue pour la période suivante :Cliquez ou tapez ici pour introduire un texte.

Un échange a lieu en règle générale toutes les Cliquez ou tapez ici pour introduire un texte. semaines et dure environ Cliquez ou tapez ici pour introduire un texte. heures.

Le mentorat poursuit les objectifs suivants :

1. Cliquez ou tapez ici pour introduire un texte.
2. Cliquez ou tapez ici pour introduire un texte.
3. Cliquez ou tapez ici pour introduire un texte.

Autres accords : Cliquez ou tapez ici pour introduire un texte.

Les deux parties gardent le secret sur toutes les informations émanant de la relation de mentorat et ne transmettent aucune donnée confidentielle à des tiers. L’organisation des échanges incombe à la personne qui suit le mentorat. Elles veillent en outre à se présenter aux rendez-vous fixés. En cas d’empêchement, la partenaire ou le partenaire de tandem doit être immédiatement averti. L’une et l’autre partie peuvent mettre fin à la relation de mentorat s’il apparaît que son maintien n’est plus d’aucune utilité.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |
| Lieu et date |  | Signature de la personne qui suit le mentorat |  | Lieu et date |  | Signature de la mentor/du mentor |
|  |  |  |  |  |  |  |
| Lieu et date |  | Signature de l’institution de la personne qui suit le mentorat (approbation) |  | Lieu et date |  | Signature de l’institution de la/du mentor (approbation) |

**Veuillez envoyer une copie numérisée de la convention signée à** **info.am.ga@be.ch****.**