

## Annexe 4 : Entente de mentorat

Nom du mentor : \_\_\_\_\_ Nom du mentoré : \_\_\_\_\_

### BESOIN

- Nouvel intervenant du CISSS
- Intégration d'un nouveau programme ou service
- Développement de compétences spécifiques

### DÉBUT DE LA RELATION MENTORALE

Définition des objectifs d'apprentissage et des activités à réaliser	
Objectifs d'apprentissage du mentoré (S.M.A.R.T. <sup>1</sup> )	Activités à réaliser
Détermination de la fréquence des rencontres	
Fréquence des rencontres	
Durée des rencontres	
Durée de l'entente de mentorat	Du : _____ Au : _____

<sup>1</sup> Spécifique, Mesurable, Acceptable, Réaliste et Temporellement défini

Nous convenons de respecter les règles d'éthique du mentorat.

_____	_____	_____	_____
Signature du mentor	Date	Signature du mentoré	Date
_____	_____		
Signature gestionnaire	Date		

### ÉVALUATION DE LA RELATION MENTORALE (MI-TEMPS)

Bilan périodique des rencontres			
Nombre de rencontres réalisées :		Durée moyenne des rencontres :	
Évaluation des objectifs d'apprentissage et des activités à réaliser			
Objectifs d'apprentissage du mentoré	État <sup>2</sup>	Activités à réaliser	État <sup>2</sup>
Commentaires			

<sup>2</sup> Vert = atteint/réalisé    Jaune = partiellement atteint/partiellement réalisé    Rouge = non atteint/non réalisé

## ÉVALUATION FINALE DE LA RELATION MENTORALE

Bilan final des rencontres			
Nombre de rencontres réalisées :		Durée moyenne des rencontres :	
Évaluation de l'atteinte des objectifs d'apprentissage et de la réalisation des activités identifiées			
Objectifs d'apprentissage du mentoré	État <sup>2</sup>	Activités à réaliser	État <sup>2</sup>
Forces du mentoré			
Cibles de développement			
Recommandations du mentor			
Commentaires			

<sup>2</sup>Vert = atteint/réalisé    Jaune = partiellement atteint/partiellement réalisé    Rouge= non atteint/non réalisé

Si vous estimez qu'une poursuite du mentorat s'avère nécessaire au-delà de la période prévue par la présente entente, veuillez justifier :

_____	_____	_____	_____
Signature du mentor	Date	Signature du mentoré	Date
_____	_____		
Signature gestionnaire	Date		

Suite à la complétion de l'entente de mentorat, veuillez envoyer copie du document à l'adresse suivante :  
[dsm.cisssgaspesie@ssss.gouv.qc.ca](mailto:dsm.cisssgaspesie@ssss.gouv.qc.ca)