

DEMANDE DE STAGE EN MILIEU NON AGRÉÉ

PROFIL DU CANDIDAT								
Nom				Prénom				
Numéro R				Identifiant de l'étudiant				
Niveau	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8
Programmes de résidence								
Programmes de fellowship								
MILIEU D'ACCUEIL (MILIEU NON AGRÉÉ)								
Nom du milieu/installation (hôpital, CLSC, CHSLC...)								
Adresse				Stage				
Date de début <small>AAAA-MM-JJ</small>				Responsable du stage				
Date de fin <small>AAAA-MM-JJ</small>				Courriel				
STAGE								
<p>A) Description du but et des objectifs spécifiques pour ce stage <i>*Veuillez rédiger des objectifs éducatifs en rapport avec ce stage. Le but et les objectifs doivent être de nature éducative et spécifique. Une phrase ne suffit pas. La description peut être ajoutée directement au formulaire ou jointe au formulaire en tant que page supplémentaire.</i></p>								
B)		Événement ponctuel (médecine sportive événement)						
C) Nombre de périodes de stages déjà effectuées dans un milieu non agréé, à l'exclusion de celles visées par cette demande								
POUR LES STAGES HORS QUÉBEC (sélectionner une seule catégorie)								
(sélectionner une seule catégorie) À titre de responsables universitaires, nous confirmons qu'en fonction des objectifs précités, ce stage				est peu ou n'est pas disponible au Québec				
				sert à acquérir toute autre compétence reliée à son cheminement professionnel				
				Le directeur de programme s'est assuré de la conformité de ce stage aux objectifs de formation du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada ou du Collège des médecins de famille du Canada.				
D) Commentaires								
APPROBATION DU STAGE PAR LE PROGRAMME ET LA FACULTÉ								
Signature - Direction du programme							Date: AAAA-MM-JJ	

Réservé au Bureau de la FMPD:

Signature - Vice-doyen(ne) adjoint(e), FMPD		Date: AAAA-MM-JJ
---	--	------------------