**IMPORTANT : ▪ Vous devez compléter ce formulaire uniquement si vous avez pris une entente avec le superviseur du domaine visé concernant la plage horaire pendant laquelle l’immersion clinique aura lieu.**

 **▪ Le formulaire doit être acheminé au personnel de la Direction de l’enseignement, recherche et innovation dans les cinq (5) jours ouvrables avant la date de début de stage.**

|  |
| --- |
| **INFORMATIONS DE L’ÉTUDIANT** |

|  |  |
| --- | --- |
| Nom, prénom |  |
| Date de naissance |  | Téléphone |  |
| Niveau académique |  | Courriel |  |
| Université |  |

|  |
| --- |
| **RENSEIGNEMENT SUR LE STAGE D’OBSERVATION** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Domaine visé |  | Date |  |
| Nom du superviseur ou résident(si connu et stage accepté) |  |
| Vos objectifs |  |

|  |
| --- |
| **INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES** |

|  |  |
| --- | --- |
| Veuillez compléter cette section si vous effectuer plus d’une journée. |  |

|  |
| --- |
| **ESPACE RÉSERVÉ À LA DIRECTION DE L’ENSEIGNEMENT** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Autorisation du stage | [ ]  Accepté [ ]  Refusé | Date : |  |
| Commentaire : |  |

* Veuillez faire suivre le formulaire complété ci-dessus à l’adresse suivante : 02.reg02.stagespostdoc.de@ssss.gouv.qc.ca
* Le personnel de la Direction de l’enseignement, recherche et innovation communiquera avec vous pour confirmer la demande.