

INSCRIPTION DU STAGIAIRE - Optilab

Année académique :

Stages au sein de la grappe Optilab Montréal-CHUM Programmes d'études de niveau collégial

Enregistrer le formulaire avant de débiter la saisie

Aux utilisateurs d'ordinateurs Mac | Une incompatibilité entre l'environnement Windows et MAC pourrait corrompre le formulaire. Pour éviter cette situation, assurez-vous de : 1) Télécharger Acrobat Reader, 2) Télécharger à nouveau le formulaire, 3) Ouvrir le formulaire avec Acrobat Reader

Le CHUM applique un programme d'accès aux personnes handicapées. Des mesures d'adaptation pourront être offertes sur demande selon la situation.

SECTION 1 – IDENTIFICATION DU STAGIAIRE

Nom : _____ Prénom : _____ Sexe : F | M

Date de naissance : _____ Code permanent : _____ Courriel : _____
aaaa-mm-jj

Cellulaire : _____ Adresse : _____

SECTION 2 – ÉTABLISSEMENT D'ENSEIGNEMENT

Établissement d'enseignement : _____

Représentant : _____

Titre : _____ Téléphone : _____ Poste téléphonique : _____

Courriel : _____

SECTION 3 – MODALITÉS DE STAGE

Provenance du stagiaire : Québec

Type de stage : Pratique

Programme d'études : _____

Niveau scolaire : AEC | DEC

Année : 1^{re} | 2^e | 3^e | s/o

SECTION 4 – COMMENTAIRES

Une fois la 1^{re} page remplie, retourner le formulaire à l'adresse courriel suivante : optilab.chum@ssss.gouv.qc.ca

SECTION 5 – ACCEPTATION DE STAGES
À REMPLIR PAR LA DIRECTION OPTILAB

DIRECTON : _____

STAGE 1

No du groupe (réservé au SAAE)

Nom du stage : _____

Site : _____

Chef du service : _____

Téléphone : _____ **Poste téléphonique :** _____

Courriel : _____

Moniteur du stage : _____

Téléphone : _____ **Poste téléphonique :** _____

Courriel : _____

Date de début : _____

Date de fin : _____

Nombre total de jours : _____

Modification début : _____

Modification fin : _____

Modification nb jours : _____

Date d'annulation : _____

STAGE 2

No du groupe (réservé au SAAE)

Nom du stage : _____

Site : _____

Chef du service : _____

Téléphone : _____ **Poste téléphonique :** _____

Courriel : _____

Moniteur du stage : _____

Téléphone : _____ **Poste téléphonique :** _____

Courriel : _____

Date de début : _____

Date de fin : _____

Nombre total de jours : _____

Modification début : _____

Modification fin : _____

Modification nb jours : _____

Date d'annulation : _____

STAGE 3

No du groupe (réservé au SAAE)

Nom du stage : _____

Site : _____

Chef du service : _____

Téléphone : _____ **Poste téléphonique :** _____

Courriel : _____

Moniteur du stage : _____

Téléphone : _____ **Poste téléphonique :** _____

Courriel : _____

Date de début : _____

Date de fin : _____

Nombre total de jours : _____

Modification début : _____

Modification fin : _____

Modification nb jours : _____

Date d'annulation : _____

STAGE 4

No du groupe (réservé au SAAE)

Nom du stage : _____

Site : _____

Chef du service : _____

Téléphone : _____ **Poste téléphonique :** _____

Courriel : _____

Moniteur du stage : _____

Téléphone : _____ **Poste téléphonique :** _____

Courriel : _____

Date de début : _____

Date de fin : _____

Nombre total de jours : _____

Modification début : _____

Modification fin : _____

Modification nb jours : _____

Date d'annulation : _____

Une fois la section 5 remplie, retourner le formulaire à l'adresse courriel suivante : enseignement.optilab.chum@ssss.gouv.qc.ca

STAGE 5		No du groupe (réservé au SAAE)	
Nom du stage : _____	Site : _____	Date de début : _____	Date de fin : _____
Chef du service : _____	Téléphone : _____ Poste téléphonique : _____	Nombre total de jours _____	
Courriel : _____	Moniteur du stage : _____	Modification début : _____	Modification fin : _____
Téléphone : _____ Poste téléphonique : _____	Courriel : _____	Modification nb jours : _____	Date d'annulation : _____
STAGE 6		No du groupe (réservé au SAAE)	
Nom du stage : _____	Site : _____	Date de début : _____	Date de fin : _____
Chef du service : _____	Téléphone : _____ Poste téléphonique : _____	Nombre total de jours _____	
Courriel : _____	Moniteur du stage : _____	Modification début : _____	Modification fin : _____
Téléphone : _____ Poste téléphonique : _____	Courriel : _____	Modification nb jours : _____	Date d'annulation : _____
STAGE 7		No du groupe (réservé au SAAE)	
Nom du stage : _____	Site : _____	Date de début : _____	Date de fin : _____
Chef du service : _____	Téléphone : _____ Poste téléphonique : _____	Nombre total de jours _____	
Courriel : _____	Moniteur du stage : _____	Modification début : _____	Modification fin : _____
Téléphone : _____ Poste téléphonique : _____	Courriel : _____	Modification nb jours : _____	Date d'annulation : _____
STAGE 8		No du groupe (réservé au SAAE)	
Nom du stage : _____	Site : _____	Date de début : _____	Date de fin : _____
Chef du service : _____	Téléphone : _____ Poste téléphonique : _____	Nombre total de jours _____	
Courriel : _____	Moniteur du stage : _____	Modification début : _____	Modification fin : _____
Téléphone : _____ Poste téléphonique : _____	Courriel : _____	Modification nb jours : _____	Date d'annulation : _____

Une fois la section 5 remplie, retourner le formulaire à l'adresse courriel suivante : enseignement.optilab.chum@ssss.gouv.qc.ca

STAGE 9		No du groupe (réservé au SAAE)	
Nom du stage : _____	Site : _____	Date de début : _____	Date de fin : _____
Chef du service : _____	Téléphone : _____ Poste téléphonique : _____	Nombre total de jours _____	
Courriel : _____	Moniteur du stage : _____	Modification début : _____	Modification fin : _____
Téléphone : _____ Poste téléphonique : _____	Courriel : _____	Modification nb jours : _____	Date d'annulation : _____
STAGE 10		No du groupe (réservé au SAAE)	
Nom du stage : _____	Site : _____	Date de début : _____	Date de fin : _____
Chef du service : _____	Téléphone : _____ Poste téléphonique : _____	Nombre total de jours _____	
Courriel : _____	Moniteur du stage : _____	Modification début : _____	Modification fin : _____
Téléphone : _____ Poste téléphonique : _____	Courriel : _____	Modification nb jours : _____	Date d'annulation : _____
STAGE 11		No du groupe (réservé au SAAE)	
Nom du stage : _____	Site : _____	Date de début : _____	Date de fin : _____
Chef du service : _____	Téléphone : _____ Poste téléphonique : _____	Nombre total de jours _____	
Courriel : _____	Moniteur du stage : _____	Modification début : _____	Modification fin : _____
Téléphone : _____ Poste téléphonique : _____	Courriel : _____	Modification nb jours : _____	Date d'annulation : _____
STAGE 12		No du groupe (réservé au SAAE)	
Nom du stage : _____	Site : _____	Date de début : _____	Date de fin : _____
Chef du service : _____	Téléphone : _____ Poste téléphonique : _____	Nombre total de jours _____	
Courriel : _____	Moniteur du stage : _____	Modification début : _____	Modification fin : _____
Téléphone : _____ Poste téléphonique : _____	Courriel : _____	Modification nb jours : _____	Date d'annulation : _____

Une fois la section 5 remplie, retourner le formulaire à l'adresse courriel suivante : enseignement.optilab.chum@ssss.gouv.qc.ca