

INSCRIPTION DU STAGIAIRE / DES STAGIAIRES

Année académique :

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

À COMPLÉTER PAR LE STAGIAIRE

Si ce stage s'adresse à un seul étudiant, compléter la section ci-dessous

Si ce stage s'adresse à plus d'un étudiant (cohorte), compléter la section 7

Nom : _____ Prénom : _____ Sexe : ☐ F | ☐ M

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

Cellulaire : _____ Adresse : _____

Date de début : _____ Date de fin : _____ Nombre total de jours : _____
aaaa-mm-jj aaaa-mm-jj

Besoin d'un casier : Oui Non

Modification de la date de début : _____ Modification de la date de fin : _____

Date d'annulation : _____ Nombre total de jours : _____

SECTION 2 – ÉTABLISSEMENT D'ENSEIGNEMENT

À COMPLÉTER PAR LE STAGIAIRE

Établissement d'enseignement : _____

Représentant : _____

Titre : _____ Téléphone : _____ Poste téléphonique : _____

Courriel : _____

SECTION 3 – MODALITÉS DE STAGE

À COMPLÉTER PAR LE STAGIAIRE

Provenance du stagiaire : ☐ Québec ☐ Autre province du Canada ☐ International

Type de stage : Pratique | Observation | Innovation et IA | Perfectionnement | Équivalence | Cours pratique

Programme d'études : _____

Nom du stage : _____

Niveau scolaire : ☐ Secondaire | ☐ AEP | ☐ DEP | ☐ ASP | ☐ AEC | ☐ DEC | ☐ Certificat | ☐ Bac | ☐ Maîtrise | ☐ DESS |
Doctorat | Doctorat 1^{re} cycle | Post-Doctorat | DEPA | Formation continue | International |

Année : ☐ 1^{re} | ☐ 2^e | ☐ 3^e | ☐ 4^e | ☐ 5^e |

SECTION 4 – DOCUMENTS À JOINDRE À LA DEMANDE

À JOINDRE PAR LE STAGIAIRE

☐ Curriculum vitae | ☐ Lettre de présentation | ☐ Objectifs de stage | ☐ Plus récent relevé de notes

SECTION 5 – COMMENTAIRES

À COMPLÉTER PAR LE STAGIAIRE

SECTION 6 ACCEPTATION DU STAGE (Réservée au CHUM)

À COMPLÉTER PAR LE GESTIONNAIRE

SERVICE CHUM

Direction : _____ Service : _____

Nom du gestionnaire / M.D. : _____

Téléphone : _____ Poste téléphonique : _____

Courriel : _____@ssss.gouv.qc.ca

Site : _____ Installation : _____

Rémunération : ☐ Non rémunéré | ☐ Rémunéré par le CHUM*

Date : _____

aaaa-mm-jj

* Communiquer avec la DRHAJ au moins 14 jours avant le début du stage.

stephanie.mercille.chum@ssss.gouv.qc.ca

514 890-8000, poste 25881

☐ s/o**COORDONNATEUR DE STAGE**☐ Même que gestionnaire

Nom du coordonnateur de stage : _____

Téléphone : _____ Poste téléphonique : _____

Courriel : _____@ssss.gouv.qc.ca

☐ s/o**SUPERVISEUR DE STAGE**☐ Même que gestionnaire

Nom du superviseur de stage : _____

Téléphone : _____ Poste téléphonique : _____

Courriel : _____@ssss.gouv.qc.ca

TRANSMISSION DU FORMULAIRE**Faire parvenir le formulaire selon le secteur concerné :**

enseignement.interprofessionnel.chum@ssss.gouv.qc.ca (ex. : physiothérapie, génie, secrétariat, restauration, hygiène et salubrité, etc. et exploration carrière)	poste : 27068
enseignement.soins.infirmiers.chum@ssss.gouv.qc.ca	poste : 36242
enseignement.optilab.chum@ssss.gouv.qc.ca	poste : 31659

N° de groupe
(usage SAAE)

SECTION 7 – IDENTIFICATION D'UNE COHORTE

À REMPLIR PAR LE COORDONNATEUR DE L'ÉTABLISSEMENT D'ENSEIGNEMENT

STAGIAIRE 1

Nom : _____ Prénom : _____ Sexe : ☐ F | ☐ M

Date de naissance : _____ Code permanent : _____

Courriel : _____ Cellulaire : _____

Adresse : _____

Besoin d'un casier : Oui Non

Date de début : _____

Date de fin : _____

Nombre total de jours _____

Modification début : _____

Modification fin : _____

Nombre total de jours : _____

Date d'annulation : _____

STAGIAIRE 2

Nom : _____ Prénom : _____ Sexe : ☐ F | ☐ M

Date de naissance : _____ Code permanent : _____

Courriel : _____ Cellulaire : _____

Adresse : _____

Besoin d'un casier : Oui Non

Date de début : _____

Date de fin : _____

Nombre total de jours _____

Modification début : _____

Modification fin : _____

Nombre total de jours : _____

Date d'annulation : _____

STAGIAIRE 3

Nom : _____ Prénom : _____ Sexe : ☐ F | ☐ M

Date de naissance : _____ Code permanent : _____

Courriel : _____ Cellulaire : _____

Adresse : _____

Besoin d'un casier : Oui Non

Date de début : _____

Date de fin : _____

Nombre total de jours _____

Modification début : _____

Modification fin : _____

Nombre total de jours : _____

Date d'annulation : _____

STAGIAIRE 4

Nom : _____ Prénom : _____ Sexe : ☐ F | ☐ M

Date de naissance : _____ Code permanent : _____

Courriel : _____ Cellulaire : _____

Adresse : _____

Besoin d'un casier : Oui Non

Date de début : _____

Date de fin : _____

Nombre total de jours _____

Modification début : _____

Modification fin : _____

Nombre total de jours : _____

Date d'annulation : _____

SECTION 7 – IDENTIFICATION D'UNE COHORTE (SUITE)

À COMPLÉTER PAR LE COORDONNATEUR DE STAGE

STAGIAIRE 5

Nom : _____ Prénom : _____ Sexe : ☐ F | ☐ M

Date de naissance : _____ Code permanent : _____

Courriel : _____ Cellulaire : _____

Adresse : _____

Besoin d'un casier : Oui Non

Date de début : _____

Date de fin : _____

Nombre total de jours : _____

Modification début : _____

Modification fin : _____

Nombre total de jours : _____

Date d'annulation : _____

STAGIAIRE 6

Nom : _____ Prénom : _____ Sexe : ☐ F | ☐ M

Date de naissance : _____ Code permanent : _____

Courriel : _____ Cellulaire : _____

Adresse : _____

Besoin d'un casier : Oui Non

Date de début : _____

Date de fin : _____

Nombre total de jours : _____

Modification début : _____

Modification fin : _____

Nombre total de jours : _____

Date d'annulation : _____

STAGIAIRE 7

Nom : _____ Prénom : _____ Sexe : ☐ F | ☐ M

Date de naissance : _____ Code permanent : _____

Courriel : _____ Cellulaire : _____

Adresse : _____

Besoin d'un casier : Oui Non

Date de début : _____

Date de fin : _____

Nombre total de jours : _____

Modification début : _____

Modification fin : _____

Nombre total de jours : _____

Date d'annulation : _____

STAGIAIRE 8

Nom : _____ Prénom : _____ Sexe : ☐ F | ☐ M

Date de naissance : _____ Code permanent : _____

Courriel : _____ Cellulaire : _____

Adresse : _____

Besoin d'un casier : Oui Non

Date de début : _____

Date de fin : _____

Nombre total de jours : _____

Modification début : _____

Modification fin : _____

Nombre total de jours : _____

Date d'annulation : _____

SECTION 7 – IDENTIFICATION D'UNE COHORTE

À REMPLIR PAR LE COORDONNATEUR DE L'ÉTABLISSEMENT D'ENSEIGNEMENT

STAGIAIRE 9

Nom : _____ Prénom : _____ Sexe : ☐ F | ☐ M

Date de naissance : _____ Code permanent : _____

Courriel : _____ Cellulaire : _____

Adresse : _____

Besoin d'un casier : Oui Non

Date de début : _____

Date de fin : _____

Nombre total de jours _____

Modification début : _____

Modification fin : _____

Nombre total de jours : _____

Date d'annulation : _____

STAGIAIRE 10

Nom : _____ Prénom : _____ Sexe : ☐ F | ☐ M

Date de naissance : _____ Code permanent : _____

Courriel : _____ Cellulaire : _____

Adresse : _____

Besoin d'un casier : Oui Non

Date de début : _____

Date de fin : _____

Nombre total de jours _____

Modification début : _____

Modification fin : _____

Nombre total de jours : _____

Date d'annulation : _____

STAGIAIRE 11

Nom : _____ Prénom : _____ Sexe : ☐ F | ☐ M

Date de naissance : _____ Code permanent : _____

Courriel : _____ Cellulaire : _____

Adresse : _____

Besoin d'un casier : Oui Non

Date de début : _____

Date de fin : _____

Nombre total de jours _____

Modification début : _____

Modification fin : _____

Nombre total de jours : _____

Date d'annulation : _____

STAGIAIRE 12

Nom : _____ Prénom : _____ Sexe : ☐ F | ☐ M

Date de naissance : _____ Code permanent : _____

Courriel : _____ Cellulaire : _____

Adresse : _____

Besoin d'un casier : Oui Non

Date de début : _____

Date de fin : _____

Nombre total de jours _____

Modification début : _____

Modification fin : _____

Nombre total de jours : _____

Date d'annulation : _____

SECTION 7 – IDENTIFICATION D'UNE COHORTE (SUITE)

À COMPLÉTER PAR LE COORDONNATEUR DE STAGE

STAGIAIRE 13

Nom : _____ Prénom : _____ Sexe : ☐ F | ☐ M

Date de naissance : _____ Code permanent : _____

Courriel : _____ Cellulaire : _____

Adresse : _____

Besoin d'un casier : Oui Non

Date de début : _____

Date de fin : _____

Nombre total de jours : _____

Modification début : _____

Modification fin : _____

Nombre total de jours : _____

Date d'annulation : _____

STAGIAIRE 14

Nom : _____ Prénom : _____ Sexe : ☐ F | ☐ M

Date de naissance : _____ Code permanent : _____

Courriel : _____ Cellulaire : _____

Adresse : _____

Besoin d'un casier : Oui Non

Date de début : _____

Date de fin : _____

Nombre total de jours : _____

Modification début : _____

Modification fin : _____

Nombre total de jours : _____

Date d'annulation : _____

STAGIAIRE 15

Nom : _____ Prénom : _____ Sexe : ☐ F | ☐ M

Date de naissance : _____ Code permanent : _____

Courriel : _____ Cellulaire : _____

Adresse : _____

Besoin d'un casier : Oui Non

Date de début : _____

Date de fin : _____

Nombre total de jours : _____

Modification début : _____

Modification fin : _____

Nombre total de jours : _____

Date d'annulation : _____

STAGIAIRE 16

Nom : _____ Prénom : _____ Sexe : ☐ F | ☐ M

Date de naissance : _____ Code permanent : _____

Courriel : _____ Cellulaire : _____

Adresse : _____

Besoin d'un casier : Oui Non

Date de début : _____

Date de fin : _____

Nombre total de jours : _____

Modification début : _____

Modification fin : _____

Nombre total de jours : _____

Date d'annulation : _____

SECTION 7 – IDENTIFICATION D'UNE COHORTE

À REMPLIR PAR LE COORDONNATEUR DE L'ÉTABLISSEMENT D'ENSEIGNEMENT

STAGIAIRE 17

Nom : _____ Prénom : _____ Sexe : ☐ F | ☐ M

Date de naissance : _____ Code permanent : _____

Courriel : _____ Cellulaire : _____

Adresse : _____

Besoin d'un casier : Oui Non

Date de début : _____

Date de fin : _____

Nombre total de jours _____

Modification début : _____

Modification fin : _____

Nombre total de jours : _____

Date d'annulation : _____

STAGIAIRE 18

Nom : _____ Prénom : _____ Sexe : ☐ F | ☐ M

Date de naissance : _____ Code permanent : _____

Courriel : _____ Cellulaire : _____

Adresse : _____

Besoin d'un casier : Oui Non

Date de début : _____

Date de fin : _____

Nombre total de jours _____

Modification début : _____

Modification fin : _____

Nombre total de jours : _____

Date d'annulation : _____

STAGIAIRE 19

Nom : _____ Prénom : _____ Sexe : ☐ F | ☐ M

Date de naissance : _____ Code permanent : _____

Courriel : _____ Cellulaire : _____

Adresse : _____

Besoin d'un casier : Oui Non

Date de début : _____

Date de fin : _____

Nombre total de jours _____

Modification début : _____

Modification fin : _____

Nombre total de jours : _____

Date d'annulation : _____

STAGIAIRE 20

Nom : _____ Prénom : _____ Sexe : ☐ F | ☐ M

Date de naissance : _____ Code permanent : _____

Courriel : _____ Cellulaire : _____

Adresse : _____

Besoin d'un casier : Oui Non

Date de début : _____

Date de fin : _____

Nombre total de jours _____

Modification début : _____

Modification fin : _____

Nombre total de jours : _____

Date d'annulation : _____

SECTION 7 – IDENTIFICATION D'UNE COHORTE (SUITE)

À COMPLÉTER PAR LE COORDONNATEUR DE STAGE

STAGIAIRE 21

Nom : _____ Prénom : _____ Sexe : ☐ F | ☐ M

Date de naissance : _____ Code permanent : _____

Courriel : _____ Cellulaire : _____

Adresse : _____

Besoin d'un casier : Oui Non

Date de début : _____

Date de fin : _____

Nombre total de jours : _____

Modification début : _____

Modification fin : _____

Nombre total de jours : _____

Date d'annulation : _____

STAGIAIRE 22

Nom : _____ Prénom : _____ Sexe : ☐ F | ☐ M

Date de naissance : _____ Code permanent : _____

Courriel : _____ Cellulaire : _____

Adresse : _____

Besoin d'un casier : Oui Non

Date de début : _____

Date de fin : _____

Nombre total de jours : _____

Modification début : _____

Modification fin : _____

Nombre total de jours : _____

Date d'annulation : _____

STAGIAIRE 23

Nom : _____ Prénom : _____ Sexe : ☐ F | ☐ M

Date de naissance : _____ Code permanent : _____

Courriel : _____ Cellulaire : _____

Adresse : _____

Besoin d'un casier : Oui Non

Date de début : _____

Date de fin : _____

Nombre total de jours : _____

Modification début : _____

Modification fin : _____

Nombre total de jours : _____

Date d'annulation : _____

STAGIAIRE 24

Nom : _____ Prénom : _____ Sexe : ☐ F | ☐ M

Date de naissance : _____ Code permanent : _____

Courriel : _____ Cellulaire : _____

Adresse : _____

Besoin d'un casier : Oui Non

Date de début : _____

Date de fin : _____

Nombre total de jours : _____

Modification début : _____

Modification fin : _____

Nombre total de jours : _____

Date d'annulation : _____