

DEMANDE ET INSCRIPTION DE STAGES 2020-2021

Important :
Le carnet de vaccination doit être à jour pour faire un stage au CHUM

- Instructions :**
- Enregistrer le formulaire sur votre ordinateur
 - Section 1 à 5 – À remplir par le stagiaire/demandeur
 - Section 6 – À remplir par le coordonnateur CHUM
 - Section 10 – À remplir par le coordonnateur de l'établissement d'enseignement
 - S'assurer de bien enregistrer les données inscrites sur le formulaire avant de le retourner

SECTION 1 - IDENTIFICATION

À COMPLÉTER PAR LE STAGIAIRE/DEMANDEUR

Ce stage s'adresse à un seul étudiant, compléter la section ci-dessous
Ce stage s'adresse à plus d'un étudiant (cohorte), compléter la section 10

Nom : _____ Prénom : _____ Sexe : F | M

Date de naissance : _____ Code permanent : _____

Courriel : _____ Cellulaire : _____

Adresse : _____

Date de début : _____ Date de fin : _____ Nombre total de jours _____

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/RÉPONDANT

À COMPLÉTER PAR LE STAGIAIRE/DEMANDEUR

Établissement d'enseignement/Requérant : _____

Représentant : _____

Titre : _____ Téléphone : _____ Poste téléphonique : _____

Courriel : _____

SECTION 3 – MODALITÉS DE STAGE

À COMPLÉTER PAR LE STAGIAIRE/DEMANDEUR

Stage local Stage hors-Québec | En présentiel | Télé-stage | Hybride

Type de stage : Pratique | Observation | Perfectionnement | Équivalence |

Quart de travail : Jour | Soir | Nuit | Rémunération : Non rémunéré | Rémunéré par le CHUM*

Programme d'études : _____ Nom du stage : _____

Niveau scolaire : Secondaire | AEP | DEP | ASP | AEC | DEC | Certificat | Bac | Maîtrise | DESS |

Doctorat | Doctorat 1^{re} cycle | Doctorat 3^e cycle | Post-Doctorat | Autre : _____

Année : 1^{re} | 2^e | 3^e | 4^e | 5^e | 6^e | 7^e | 8^e |

SECTION 4 – DOCUMENTS À JOINDRE À LA DEMANDE

À JOINDRE PAR LE STAGIAIRE/DEMANDEUR

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

SECTION 5 – COMMENTAIRES

À COMPLÉTER PAR LE STAGIAIRE/DEMANDEUR

Retourner par courriel à l'adresse courriel suivante : enseignement.chum@ssss.gouv.qc.ca

Direction de l'enseignement et de l'Académie CHUM (DEAC) – Formulaire de demande d'inscription de stage

Service de l'administration des activités d'enseignement (SAAE)

Mise à jour : 2020-08-27

SECTION 6 – ACCEPTATION DU STAGE (Réserver au gestionnaire CHUM)

À COMPLÉTER PAR LE GESTIONNAIRE

SERVICE RECEVEUR

Direction : _____ Service/unité de soins : _____

Nom du gestionnaire : _____

Numéro de téléphone : _____ Poste téléphonique : _____

Courriel : _____ @ssss.gouv.qc.ca

Site : _____ Installation : _____

N.B. Pour demandes en provenance du WEB, compte tenu que les stagiaires sollicitent plusieurs établissements, communiquer avec le stagiaire pour confirmer s'il est toujours disponible pour le stage.

COORDONNATEUR DE STAGE **Même que gestionnaire**

Nom du coordonnateur de stage : _____ Numéro de téléphone : _____

Poste téléphonique : _____ Courriel : _____ @ssss.gouv.qc.ca

SECTION 7 – FORMATIONS OBLIGATOIRES PRÉ-STAGE

Préciser au stagiaire quelles sont les formations obligatoires en ligne avant le début du stage.

SECTION 8 – TRANSMISSION DU FORMULAIRE**Faire parvenir le formulaire, selon le secteur concerné :**

Courriel	Poste téléphonique
enseignement.interprofessionnel.chum@ssss.gouv.qc.ca (ex : physiothérapie, génie, secrétariat, restauration, hygiène et salubrité, etc)	# 27068
enseigmedical.chum@ssss.gouv.qc.ca (stage médical d'observation 5 jours et moins)	# 31659
enseignement.soins.infirmiers.chum@ssss.gouv.qc.ca	# 36242
enseignement.optilab.chum@ssss.gouv.qc.ca	# 31659

SECTION 9 – *STAGE RÉMUNÉRÉ PAR LE CHUM

Vous devez faire le lien avec la DRHAJ pour convenir des aspects en lien avec la dotation minimalement 14 jours avant le début du stage.

myrelle.raymond.chum@ssss.gouv.qc.ca
514 890-8000, poste 23662

Date de complétion du formulaire : _____

No de groupe
(usage SAAE)

SECTION 10 – IDENTIFICATION D'UNE COHORTE

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

STAGIAIRE 1		En présentiel	Télé-stage	Hybride
Nom : _____ Prénom : _____ Sexe : <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M		Date de début : _____		Date de fin : _____
Date de naissance : _____ Code permanent : _____		Date de fin : _____		Nombre total de jours : _____
Courriel : _____ Cellulaire : _____		Modification début : _____		Modification fin : _____
Adresse : _____		Modification fin : _____		Nombre total de jours : _____
Besoin d'un casier : Oui Non Quart de travail : Jour Soir Nuit		Date d'annulation : _____		
STAGIAIRE 2		En présentiel	Télé-stage	Hybride
Nom : _____ Prénom : _____ Sexe : <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M		Date de début : _____		Date de fin : _____
Date de naissance : _____ Code permanent : _____		Date de fin : _____		Nombre total de jours : _____
Courriel : _____ Cellulaire : _____		Modification début : _____		Modification fin : _____
Adresse : _____		Modification fin : _____		Nombre total de jours : _____
Besoin d'un casier : Oui Non Quart de travail : Jour Soir Nuit		Date d'annulation : _____		
STAGIAIRE 3		En présentiel	Télé-stage	Hybride
Nom : _____ Prénom : _____ Sexe : <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M		Date de début : _____		Date de fin : _____
Date de naissance : _____ Code permanent : _____		Date de fin : _____		Nombre total de jours : _____
Courriel : _____ Cellulaire : _____		Modification début : _____		Modification fin : _____
Adresse : _____		Modification fin : _____		Nombre total de jours : _____
Besoin d'un casier : Oui Non Quart de travail : Jour Soir Nuit		Date d'annulation : _____		
STAGIAIRE 4		En présentiel	Télé-stage	Hybride
Nom : _____ Prénom : _____ Sexe : <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M		Date de début : _____		Date de fin : _____
Date de naissance : _____ Code permanent : _____		Date de fin : _____		Nombre total de jours : _____
Courriel : _____ Cellulaire : _____		Modification début : _____		Modification fin : _____
Adresse : _____		Modification fin : _____		Nombre total de jours : _____
Besoin d'un casier : Oui Non Quart de travail : Jour Soir Nuit		Date d'annulation : _____		

SECTION 10 – IDENTIFICATION D'UNE COHORTE (SUITE)

À COMPLÉTER PAR LE COORDONNATEUR DE STAGE

STAGIAIRE 5		En présentiel	Télé-stage	Hybride
Nom : _____ Prénom : _____ Sexe : <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M		Date de début : _____		Date de fin : _____
Date de naissance : _____ Code permanent : _____		Date de fin : _____		Nombre total de jours : _____
Courriel : _____ Cellulaire : _____		Modification début : _____		Modification fin : _____
Adresse : _____		Modification fin : _____		Nombre total de jours : _____
Besoin d'un casier : Oui Non		Quart de travail : Jour Soir Nuit		Date d'annulation : _____
STAGIAIRE 6		En présentiel	Télé-stage	Hybride
Nom : _____ Prénom : _____ Sexe : <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M		Date de début : _____		Date de fin : _____
Date de naissance : _____ Code permanent : _____		Date de fin : _____		Nombre total de jours : _____
Courriel : _____ Cellulaire : _____		Modification début : _____		Modification fin : _____
Adresse : _____		Modification fin : _____		Nombre total de jours : _____
Besoin d'un casier : Oui Non		Quart de travail : Jour Soir Nuit		Date d'annulation : _____
STAGIAIRE 7		En présentiel	Télé-stage	Hybride
Nom : _____ Prénom : _____ Sexe : <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M		Date de début : _____		Date de fin : _____
Date de naissance : _____ Code permanent : _____		Date de fin : _____		Nombre total de jours : _____
Courriel : _____ Cellulaire : _____		Modification début : _____		Modification fin : _____
Adresse : _____		Modification fin : _____		Nombre total de jours : _____
Besoin d'un casier : Oui Non		Quart de travail : Jour Soir Nuit		Date d'annulation : _____
STAGIAIRE 8		En présentiel	Télé-stage	Hybride
Nom : _____ Prénom : _____ Sexe : <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M		Date de début : _____		Date de fin : _____
Date de naissance : _____ Code permanent : _____		Date de fin : _____		Nombre total de jours : _____
Courriel : _____ Cellulaire : _____		Modification début : _____		Modification fin : _____
Adresse : _____		Modification fin : _____		Nombre total de jours : _____
Besoin d'un casier : Oui Non		Quart de travail : Jour Soir Nuit		Date d'annulation : _____