****Administration – Enregistrement

Direction de l’enseignement universitaire et de la recherche

**FORMULAIRE DE DEMANDE ET D’ENREGISTREMENT DE STAGE**

**Section 1 – Identification**

**à compléter par le stagiaire**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nom |  | | Prénom |  | | |
| Date de naissance (aaaa-mm-jj) |  | | Sexe |  | | |
| Téléphone |  | | Cellulaire |  | | |
| Téléphone en cas d’urgence |  | | Courriel |  | | |
| Lieu de résidence (ville) |  | | Permis de conduire : | | Oui | Non |
| Langue | Français | Anglais | Employé au CISSSME | | Oui | Non |

**Section 2 – Informations sur le stage**

**à compléter par le stagiaire**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Maison d’enseignement : | Coordonnateur de stage: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Programme d’études : |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Niveau scolaire : | Secondaire | | | | | AEP | | | | | | | | DEP | | | | | | | | AEC | |
|  | DEC | | | | | BAC | | | | | | | | Maitrise | | | | | | | | Doctorat | |
| 1re  2e | 3e  4e | | | | | | 5e | | | | | Autre niveau : | | | | |  | | | | | | |
| Si stage d’observation, indiquer la profession : | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Date de début (aaaa/mm/jj)-Stage 1 | |  | | | | | | | Date de fin (aaaa/mm/jj)-Stage 1 | | | | | | | | | |  | | | | |
| Date de début (aaaa/mm/jj)-Stage 2 | |  | | | | | | | Date de fin (aaaa/mm/jj)-Stage 2 | | | | | | | | | |  | | | | |
| Nombre de jours par semaine | |  | | | | | | | Nombre total de jours | | | | | | | | | |  | | | | |
| Horaire de stage | | Lun | | Mar | | | | Mer | | | | | Jeu | | | Ven | | | | Sam | | | Dim |
| Quart de travail | | Jour | | Soir | | | | Nuit | | | | |  | | |  | | | |  | | |  |
| Territoire | | St-Hyacinthe | | | | | | | | Longueuil | | | | | | | | Sorel | | | | | |
| Territoires additionnels pour le CJ (Châteauguay, St-Jean, Valleyfield, Vaudreuil) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Milieu de stage | | Centre hospitalier | | | | | | | | CHSLD | | | | | | | | CLSC | | | | | |
| Services jeunesse de la Montérégie  Protection, délinquance, adoption : Centre Jeunesse (CJ)  Santé mentale jeunesse, jeunes en difficultés : CLSC - CH | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Avez-vous un intérêt particulier pour une ou des clientèles spécifiques | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
| Documents joints à votre demande | | | Description de stage | | | | | | | | Lettre de motivation | | | | | | | | | | Curriculum vitae (obligatoire) | | |

**Section 3 – Traitement de la demande (Réservé au Guichet des stages)**

**à compléter par la direction de l’enseignement universitaire et de la recherche**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Gestionnaire concerné : |  | |
| Date d’envoi au gestionnaire : |  | |
| Date de retour au guichet  (délai de 10 jours ouvrables) |  | Délai dépassé |

**Section 4 – Acceptation du stage (Réservé au gestionnaire du CISSSME)**

**à compléter par le gestionnaire**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Stage accepté | Oui | | Non – Compléter la section 5 **(obligatoire)** | | |
| Entrevue | Oui  Non | | Date fixée : | | |
| Nom du superviseur | |  | | | |
| Installation du CISSSME où aura lieu le stage | |  | | | |
| Direction, programme ou service | |  | | | |
| Nom du gestionnaire | |  | | | |
| Signature du gestionnaire | |  | | Date : |  |

**Section 5 – Motif du refus**

**à compléter par le gestionnaire – Signature obligatoire du directeur ou du directeur adjoint**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Motif du refus | Manque de locaux  Manque de superviseurs, précepteurs, etc.  Manque d’équipement (ex. : ordinateur)  Manque de temps  Autres (précisez) : | | |
| Nom du directeur ou directeur adjoint |  | | |
| Signature du directeur ou directeur adjoint |  | Date : |  |
|  | | | |

**Section 6 – Dépôt (réservé à l’administration)**

**à compléter par la direction de l’enseignement universitaire et de la recherche**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Carte d’identification | | |  | 5.00 $ |  |
| Carte d’accès (Pierre-Boucher seulement) | | | # | 10.00 $ |  |
| Carte/Vignette de stationnement | | | # | 10.00 $ |  |
| Autres |  | | # | $ |  |
|  | | **Total du dépôt :** | | $ |  |

**Section 7 – Remboursement du dépôt et retour des effets à la DEUR**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Stagiaire |  | Date : |  |
| DEUR |  | Date : |  |

|  |
| --- |
| **Transmettre ce formulaire par courriel au guichet unique des stages :**  **deur.stages.cisssme16@ssss.gouv.qc.ca** |

|  |
| --- |
| \* En vous présentant lors de votre accueil à la Direction de l’enseignement universitaire et de la recherche, nous vous remettrons une carte d’identification et dans certains cas, une carte d’accès et une vignette de stationnement. Assurez-vous d’avoir en main un montant en argent comptant, qui constitue un dépôt qui vous sera remis à la fin de votre stage. Veuillez noter que tout dépôt non-récupéré dans les trente (30) jours suivant la fin du stage ne pourra être remboursé. |