

DEMANDE DE STAGE D'OBSERVATION EN MÉDECINE

PARTIE A à compléter par le stagiaire

Nom :		Prénom :	
Adresse courriel :		Téléphone :	
Établissement d'enseignement :		Niveau scolaire actuel :	
Coordonnées du responsable du stage de votre établissement d'enseignement			
Nom :		Prénom :	
Adresse courriel :		Téléphone :	
Lieu du stage désiré (vous pouvez cocher plusieurs cases)		RLS de Champlain <input type="checkbox"/> (Hôpital Charles-LeMoynes et ses installations)	RLS Haut-Richelieu <input type="checkbox"/> (Hôpital du Haut-Richelieu et ses installations)
		GMF-U <input type="checkbox"/> Charles-Le Moyne	GMF-U <input type="checkbox"/> Saint-Hubert
		GMF La Cigogne <input type="checkbox"/>	Autre:
		INLB <input type="checkbox"/> (Institut Nazareth et Louis-Braille)	GMF-U <input type="checkbox"/> Saint-Jean-sur-Richelieu
Spécialité dans laquelle vous souhaitez faire votre stage :			
Date(s) de disponibilité : Stage d'une durée maximale de 1 journée			
Informations supplémentaires :			

PARTIE B à compléter par le superviseur

Stage accepté <input type="checkbox"/> (compléter les sections ci-dessous)		Stage refusé <input type="checkbox"/> (compléter seulement la partie superviseur)	
Superviseur	Nom, Prénom :		
	Téléphone :		
	Courriel :		
Lieu du stage (ex: CLSC St-Hubert)			
Date du stage	Heure d'arrivée :		
Secteur / Unité de soins (ex: SIPPE / 3 ^e sud)	Étage ou local :		
Nom du chef de département	Téléphone :		

Transmettre ce formulaire par courriel à : residencemd.csssclm16@sss.gouv.qc.ca
 Pour information, communiquer avec le guichet des stages au : 450-466-5000 poste 4850