

IDENTIFICATION

Prénom :

Nom :

Sexe : Femme Homme

Courriel :

Adresse :

Ville :

Code postal :

Niveau d'études : Secondaire Collégial Universitaire

École ou organisme fréquenté par le stagiaire, si applicable :

INFORMATIONS RELATIVES À LA DEMANDE DE STAGE

Stage auprès d'un médecin

Médecin étranger : Oui Non (Dans l'affirmative, veuillez nous faire parvenir votre curriculum vitae ainsi que vos diplômes)

Dates du stage : du _____ au _____

Durée du stage : _____ jour(s)

Spécialité du stage (ex. : cardiologie, neurologie, chirurgie, etc.) :

1^{er} choix :

2^e choix :

3^e choix :

Stage auprès d'une infirmière praticienne spécialisée (IPS)

Dates du stage : du _____ au _____

Durée du stage : _____ jour(s)

Catégorie du stage : 1^{re} ligne
 Néonatalogie
 Santé adulte (ex. : néphrologie, oncologie, etc.)
 Santé mentale
 Soins pédiatriques

SIGNATURE

Signature du stagiaire :

Date :