



CONSORTIUM NATIONAL  
DE FORMATION EN SANTÉ

Volet Université d'Ottawa

La présente initiative a été rendue possible  
grâce à la contribution financière de Santé Canada.

Avec le financement de



Santé Health  
Canada Canada

# FORMULAIRE DE DEMANDE DE REMBOURSEMENT

Programme d'études médicales  
de premier cycle (Programme M.D.)

## A

### RENSEIGNEMENTS DE L'ÉTUDIANT

Nom de l'étudiant : \_\_\_\_\_

N° d'étudiant : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_

Adresse temporaire : \_\_\_\_\_

Adresse permanente (province d'origine) : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Signature de l'étudiant : \_\_\_\_\_

## B

### RENSEIGNEMENTS SUR LE PRÉCEPTEUR ET LE MILIEU DE STAGE

Nom complet de la clinique ou de l'établissement : \_\_\_\_\_

Adresse complète du lieu de stage : \_\_\_\_\_

Nom du précepteur : \_\_\_\_\_

Adresse courriel du précepteur de stage : \_\_\_\_\_

Dates du stage : \_\_\_\_\_ Nombre d'heures : \_\_\_\_\_

## C

### RÉSERVÉ AUX AFFAIRES FRANCOPHONES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

Est-ce un nouveau milieu de stage ?    Oui    Non

Est-ce un nouveau précepteur ?    Oui    Non

Approbation de l'agent de liaison ou du coordonnateur des stages au choix : \_\_\_\_\_

Approbation des Affaires francophones : \_\_\_\_\_

## D

### RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION DU CNFS

Remboursement alloué : \_\_\_\_\_

Approuvé par : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

Rapport d'activités

Juillet 2023

**cnfs.ca**

613 562-5800 (8027) | [cnfs@uottawa.ca](mailto:cnfs@uottawa.ca)