



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
Canada

Health
Canada

FORMULAIRE DE DEMANDE DE REMBOURSEMENT

Faculté des sciences de la santé
Faculté des sciences sociales

A

RENSEIGNEMENTS DE L'ÉTUDIANT

Nom de l'étudiant : _____

N° d'étudiant : _____

Courriel : _____

Adresse temporaire : _____

Adresse permanente (province d'origine) : _____

Téléphone : _____

Programme universitaire : _____

Signature de l'étudiant : _____

B

RENSEIGNEMENTS SUR LE SUPERVISEUR ET LE MILIEU DE STAGE

Nom complet de la clinique ou de l'établissement : _____

Adresse complète du lieu de stage : _____

Nom du superviseur : _____

Adresse courriel du superviseur de stage : _____

Dates du stage : _____ Nombre d'heures : _____

C

RÉSERVÉ AU COORDONNATEUR DE LA FORMATION PRATIQUE

Est-ce un nouveau milieu de stage ? Oui Non

Est-ce un nouveau superviseur ? Oui Non

Approbation du coordonnateur de la formation pratique : _____

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