

STAGE PLURIDISCIPLINAIRE

Non rémunéré

1. INFORMATIONS

1.1 Stagiaire

Nom et prénom : _____

Code permanent : _____

Date de naissance : _____

Courriel : _____

Téléphone : _____

1.2 Stage

Établissement d'enseignement : _____

Programme d'études : _____

Titre du stage ou du cours associé : _____

Date de début souhaitée : _____

Date de fin souhaitée : _____

Durée du stage (nombre de jours et nombre d'heures) : _____

☐ Temps partiel ☐ Temps plein

Responsable du stage de l'établissement d'enseignement : _____

Courriel : _____

Téléphone : _____

2. DOCUMENTS À JOINDRE À LA DEMANDE*

☐ Curriculum vitae

☐ Description des objectifs de stage

☐ Lettre de présentation

☐ Modalités et documents d'évaluation

☐ **Formulaire de déclaration et d'engagements** à remplir en cliquant sur le titre du formulaire.

* Prendre note que l'acceptation de la demande est conditionnelle à la capacité du milieu à recevoir le stagiaire, et au maintien de l'entente entre le CHU de Québec-Université Laval et les FAC.

Commentaires | Précisions

Envoyer ce formulaire rempli à : **stages.rouge.ens@chudequebec.ca**