

**CONDITIONS D'ADMISSIBILITÉ :**

1. ÊTRE AU MOINS DANS L'AVANT DERNIÈRE ANNÉE DE FORMATION AVANT L'OBTENTION DU DIPLÔME M.D.
2. POSSÉDER UNE TRÈS BONNE CONNAISSANCE DE LA LANGUE FRANÇAISE.  
Tous les cours sont donnés en français dans nos hôpitaux affiliés car la quasi totalité des patients sont francophones. Vous devez donc nous fournir une lettre de motivation en français (manuscrite), ainsi qu'une attestation de la connaissance de la langue française si ce n'est pas votre langue maternelle.

**LA FACULTÉ SE RÉSERVE LE DROIT DE REFUSER SUR PLACE TOUT ÉTUDIANT  
QUI NE MAÎTRISE PAS ADÉQUATEMENT LA LANGUE FRANÇAISE.**

- Le statut d'observateur : **non accepté.**
- La politique canadienne limite à un maximum de douze semaines la durée des stages par les étudiants hors-Québec.
- Les étudiants visiteurs ne reçoivent aucune rémunération.

**DIRECTIVES À LIRE AVANT DE COMPLÉTER LE FORMULAIRE :**

POUR FAIRE UNE DEMANDE DE STAGE À OPTION À NOTRE FACULTÉ L'ÉTUDIANT DOIT :

1. COMPLÉTER LE FORMULAIRE EN LETTRES MOULÉES.
2. COMPLÉTER LES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS DEMANDÉS À LA SECTION IDENTIFICATION.
3. COMPLÉTER LA SECTION CHOIX DE STAGE(S) POSTULÉ(S) ET MANIFESTER AU MOINS TROIS CHOIX.
4. OBTENIR L'AUTORISATION ÉCRITE DU DOYEN DE SA FACULTÉ OU DE SON REPRÉSENTANT.
5. OBTENIR UN CERTIFICAT MÉDICAL SELON LES EXIGENCES DE L'UNIVERSITÉ D'ACCUEIL.
6. DÉTENIR UNE POLICE D'ASSURANCE-MALADIE PERSONNELLE.
7. VERSER LES FRAIS EXIGÉS PAR LA FACULTÉ D'ACCUEIL, EN DEVICES CANADIENNES, SOIT :

UN MANDAT POSTAL, UN MANDAT INTERNATIONAL OU ÉQUIVALENTS  
LIBELLER À : UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL – FACULTÉ DE MÉDECINE FONDS DE L'EXTERNAT  
**N.B. : AUCUN FRAIS NE SERA REMBOURSABLE**

8. ACHEMINER SA DEMANDE À L'ADRESSE SUIVANTE :

JEAN-PIERRE BARIL  
COORDONNATEUR DES STAGES  
SECRÉTARIAT DE L'EXTERNAT - FACULTÉ DE MÉDECINE  
UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL  
C.P. 6128, SUCCURSALE CENTRE VILLE  
MONTRÉAL (QUÉBEC)  
H3C 3J7  
CANADA

TÉLÉCOPIEUR : 514 343-6629

**UNE FOIS LA DEMANDE REÇUE ET VÉRIFIÉE :**

9. LES DÉMARCHES SONT FAITES PAR L'UNIVERSITÉ AUPRÈS DES CENTRES HOSPITALIERS POUR RÉPONDRE À LA DEMANDE DE L'ÉTUDIANT.
10. UNE CONFIRMATION DU STAGE EST ENSUITE ACHEMINÉE.
11. UNE COPIE DE CETTE CONFIRMATION EST ENVOYÉE AU RESPONSABLE QUI ACCUEILLERA L'ÉTUDIANT, ACCOMPAGNÉE D'UNE FICHE D'ÉVALUATION DU STAGE À OPTION À COMPLÉTER À LA FIN DU STAGE.
12. LORSQUE LE STAGE EST TERMINÉ, CETTE FICHE D'ÉVALUATION EST ACHEMINÉE À L'UNIVERSITÉ D'ATTACHE.

DANS CE TEXTE, LE GÉNÉRIQUE MASCULIN EST UTILISÉ SANS AUCUNE DISCRIMINATION  
ET DÉSIGNE TOUT AUTANT LE GENRE FÉMININ QUE LE GENRE MASCULIN.

**UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL**  
FACULTÉ DE MÉDECINE

**DEMANDE DE STAGE À OPTION - ÉTUDIANT HORS RÉSEAU**

**AUTORISATION ET ATTESTATIONS DU DOYEN DE LA FACULTÉ D'ATTACHE**

**NOM ET PRÉNOM DE L'ÉTUDIANT(E) :** \_\_\_\_\_

CET (CETTE) ÉTUDIANT(E) EST AUTORISÉ(E) À FAIRE UN STAGE À OPTION DANS VOTRE FACULTÉ.

IL (ELLE) SERA, **AU MOMENT DU STAGE**, DANS LA \_\_\_\_\_ ième ANNÉE D'UN PROGRAMME DE \_\_\_\_\_ ANS.

**DANS SON PROGRAMME D'ÉTUDES MÉDICALES :**

IL (ELLE) EST **ACTUELLEMENT** EN : \_\_\_\_\_

( Niveau actuel des études à l'Université d'attache )

**SA CONNAISSANCE DU FRANÇAIS EST :**

ÉCRIT: MINIMALE  ACCEPTABLE  EXCELLENTE

PARLÉ: MINIMALE  ACCEPTABLE  EXCELLENTE

Si vous le désirez, veuillez commenter ici votre évaluation :

**SES RÉSULTATS ACADÉMIQUES SONT :**

INFÉRIEURS À LA MOYENNE  DANS LA MOYENNE  SUPÉRIEURS À LA MOYENNE

Si vous le désirez, veuillez commenter ici votre évaluation :

**SES APTITUDES CLINIQUES SONT :**

INFÉRIEURES À LA MOYENNE  DANS LA MOYENNE  SUPÉRIEURES À LA MOYENNE

Si vous le désirez, veuillez commenter ici votre évaluation :

**SES ÉVALUATIONS DE STAGES SONT :**

INFÉRIEURES À LA MOYENNE  DANS LA MOYENNE  SUPÉRIEURES À LA MOYENNE

Si vous le désirez, veuillez commenter ici votre évaluation :

**NOM DU DOYEN :** \_\_\_\_\_ Université d'attache : \_\_\_\_\_  
(OU DE SON REPRÉSENTANT)

**FONCTION DU REPRÉSENTANT:** \_\_\_\_\_

SIGNATURE : \_\_\_\_\_ DATES \_\_\_\_\_

**Autres remarques et commentaires:**

**SCEAU DE L'UNIVERSITÉ D'ATTACHE**

**UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL**  
FACULTÉ DE MÉDECINE

**DEMANDE DE STAGE À OPTION - ÉTUDIANT HORS RÉSEAU**

**AUTORISATION ET ATTESTATIONS DU DOYEN DE LA FACULTÉ D'ATTACHE**

**NOM ET PRÉNOM DE L'ÉTUDIANT(E) :** \_\_\_\_\_

CET (CETTE) ÉTUDIANT(E) EST AUTORISÉ(E) À FAIRE UN STAGE À OPTION DANS VOTRE FACULTÉ.

IL (ELLE) SERA, **AU MOMENT DU STAGE**, DANS LA \_\_\_\_\_ième ANNÉE D'UN PROGRAMME DE \_\_\_\_\_ ANS.

**DANS SON PROGRAMME D'ÉTUDES MÉDICALES :**

IL (ELLE) EST **ACTUELLEMENT** EN : \_\_\_\_\_

( Niveau actuel des études à l'Université d'attache )

**SA CONNAISSANCE DU FRANÇAIS EST :**

ÉCRIT:	MINIMALE <input type="checkbox"/>	ACCEPTABLE <input type="checkbox"/>	EXCELLENTE <input type="checkbox"/>
PARLÉ:	MINIMALE <input type="checkbox"/>	ACCEPTABLE <input type="checkbox"/>	EXCELLENTE <input type="checkbox"/>

Si vous le désirez, veuillez commenter ici votre évaluation :  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**SES RÉSULTATS ACADÉMIQUES SONT :**

INFÉRIEURS À LA MOYENNE <input type="checkbox"/>	DANS LA MOYENNE <input type="checkbox"/>	SUPÉRIEURS À LA MOYENNE <input type="checkbox"/>
-----------------------------------------------------	---------------------------------------------	-----------------------------------------------------

Si vous le désirez, veuillez commenter ici votre évaluation :  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**SES APTITUDES CLINIQUES SONT :**

INFÉRIEURES À LA MOYENNE <input type="checkbox"/>	DANS LA MOYENNE <input type="checkbox"/>	SUPÉRIEURES À LA MOYENNE <input type="checkbox"/>
------------------------------------------------------	---------------------------------------------	------------------------------------------------------

Si vous le désirez, veuillez commenter ici votre évaluation :  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**SES ÉVALUATIONS DE STAGES SONT :**

INFÉRIEURES À LA MOYENNE <input type="checkbox"/>	DANS LA MOYENNE <input type="checkbox"/>	SUPÉRIEURES À LA MOYENNE <input type="checkbox"/>
------------------------------------------------------	---------------------------------------------	------------------------------------------------------

Si vous le désirez, veuillez commenter ici votre évaluation :  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**NOM DU DOYEN :** \_\_\_\_\_ Université d'attache : \_\_\_\_\_  
(OU DE SON REPRÉSENTANT)

**FONCTION DU REPRÉSENTANT:** \_\_\_\_\_

SIGNATURE : \_\_\_\_\_ DATES \_\_\_\_\_

**Autres remarques et commentaires:**  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**SCEAU DE L'UNIVERSITÉ D'ATTACHE**

## CERTIFICAT MÉDICAL

( à compléter par un médecin désigné par Citoyenneté et Immigration Canada )

NOM ET PRÉNOM DE L'ÉTUDIANT:

PAR LA PRÉSENTE, J'ATTESTE AVOIR PROCÉDÉ À L'EXAMEN MÉDICAL DE LA PERSONNE CI-HAUT MENTIONNÉE.  
JE CONSIDÈRE QUE SON ÉTAT DE SANTÉ LA REND APTE À EFFECTUER DES STAGES EN MILIEU CLINIQUE.

OUI:  NON :

L'étudiant a complété un programme de vaccination et de dépistage tuberculinique équivalent à celui décrit plus bas

OUI:  NON :

NOM DU MÉDECIN : \_\_\_\_\_ NO. DE PRATIQUE : \_\_\_\_\_

SIGNATURE : \_\_\_\_\_ DATE : \_\_\_\_\_

### PROGRAMME DE VACCINATION ET DE DÉPISTAGE TUBERCULINIQUE\*

#### DÉPISTAGE TUBERCULINIQUE : ÉPREUVE TUBERCULINIQUE CUTANÉE 5 TU 0.1ml PAR VOIE INTRA-DERMIQUE \*

\*dépistage non indiqué : si un PPD antérieur avec un résultat de 10mm ou plus ou s'il y a une histoire antérieure de tuberculose.

#### VACCIN ROUGEOLE-RUBÉOLE-OREILLONS \*

\*non indiqué si a reçu :

une dose de vaccin rougeole, rubéole et oreillons après l'âge de 12 mois

ou

une dose de vaccin (contre la rougeole) après l'âge de 12 mois ET

une dose (contre la rubéole) ET

une dose (contre les oreillons)

ou

une dose de vaccin bivalent contre la rougeole et la rubéole reçue après l'âge de 12 mois ET

une dose de vaccin contre les oreillons

ou

en présence d'une histoire antérieure documentée et attestée de ces 3 maladies

#### SINON À RECEVOIR

une dose de vaccin rougeole, rubéole et oreillons en sous-cutanée

#### RAPPEL DE DIPHTÉRIE-TÉTANOS

rappel de vaccin contre la diphtérie et le tétanos aux dix ans.

#### RAPPEL DE POLIOMYÉLITE \*

\*non indiqué : si a reçu trois (3) doses de vaccin Sabin, dont au moins une (1) dose après l'âge de quatre(4) ans.

**Indiqué** : si a reçu le vaccin Salk à l'enfance.

une seule dose de Salk après dix (10) ans en sous-cutanée.

#### AUTRES EXIGENCES

vaccin contre l'hépatite B

l'étudiant demande à ses parents s'il a eu la varicelle; si la réponse est négative ou douteuse, il doit faire doser ses anticorps contre le virus de la varicelle; si l'étudiant est séronégatif contre la varicelle, il doit se faire vacciner contre cette maladie

en période hivernale (novembre à janvier) : vaccin contre l'infection à virus influenza.

**\*Source : mesures recommandées pour la prévention des infections  
chez les stagiaires et les professeurs dans les établissements de santé.  
Gouvernement du Québec, Ministère de la santé.**

NOM: \_\_\_\_\_ PRÉNOM: \_\_\_\_\_ SEXE :  H  F

ADRESSE : \_\_\_\_\_ APP.: \_\_\_\_\_

VILLE : \_\_\_\_\_ PAYS : \_\_\_\_\_ CODE POSTAL : \_\_\_\_\_

TÉLÉPHONE : \_\_\_\_\_ OU : \_\_\_\_\_

UNIVERSITÉ D'ATTACHE : \_\_\_\_\_

FACULTÉ DE : \_\_\_\_\_

**Nombre de semaines demandés :** 4 SEMAINES  8 SEMAINES  12 SEMAINES

1er choix	Discipline :	
	Dates :	
2ième choix	Discipline :	
	Dates :	
3ième choix	Discipline :	
	Dates :	
4ième choix	Discipline :	
	Dates :	
5ième choix	Discipline :	
	Dates :	
6ième choix	Discipline :	
	Dates :	

**Je préférerais faire tout le stage dans la même discipline :** OUI  NON  SANS PRÉFÉRENCE

JE PRÉFÈRERAI FAIRE 4 SEMAINES EN : \_\_\_\_\_

JE PRÉFÈRERAI FAIRE 4 SEMAINES EN : \_\_\_\_\_

JE PRÉFÈRERAI FAIRE 4 SEMAINES EN : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
SIGNATURE DE L'ÉTUDIANT

\_\_\_\_\_  
DATE