COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC
Une médecine de qualité au service du public

2170, boulevard René-Lévesque Ouest, Montréal (Québec) H3H 2T8
Téléphone / Telephone: (514) 933-4441 ou / or Sans frais / Toll free: 1 888 633-3246
Télécopieur / Fax: (514) 933-5167
www.collegedesmedecins.qc.ca • info@cmq.org

DEMANDE D'IMMATRICULATION
(étudiants en médecine)

APPLICATION FOR REGISTRATION
(medical students)

Remplir en caractères d'imprimerie — Please print

1 IDENTIFICATION — IDENTIFICATION

NOM(S) :
NAME(S): _____

PRÉNOM(S) :
GIVEN NAME(S): _____

SEXE :
SEX: ☐ HOMME MALE ☐ FEMME FEMALE

DATE DE NAISSANCE :
DATE OF BIRTH: _____

VEUILLEZ INDIQUER LE NOM À LA NAISSANCE, SI DIFFÉRENT :
PLEASE GIVE NAME AT BIRTH IF DIFFERENT:
_____

LANGUE DANS LAQUELLE VOUS DÉSIREZ RECEVOIR LE COURRIER :
LANGUAGE IN WHICH YOU WISH TO RECEIVE YOUR MAIL:
☐ FRANÇAIS FRENCH ☐ ANGLAIS ENGLISH

2 ADRESSE PERMANENTE — PERMANENT ADDRESS

APP. : NUMÉRO : RUE :
APT.: _____ NUMBER: _____ STREET: _____

VILLE : PROVINCE/ÉTAT : CODE POSTAL :
CITY: _____ PROVINCE/STATE: _____ POSTAL CODE OR ZIP CODE: _____

PAYS :
COUNTRY: _____

TÉLÉPHONE : TELEPHONE:	TÉLÉCOPIEUR : FAX:	COURRIEL : E-MAIL:
– DOMICILE : HOME: ( ) -	-	
– TRAVAIL : WORK: ( ) -	-	

VEUILLEZ INDIQUER UN AUTRE NUMÉRO DE TÉLÉPHONE OÙ NOUS POURRIONS VOUS JOINDRE :
PLEASE GIVE ANOTHER TELEPHONE NUMBER WHERE YOU CAN BE REACHED: ( ) -

3 ADRESSE DE CORRRESPONDANCE — ADDRESS OF CORRESPONDENCE

APP. : NUMÉRO : RUE :
APT.: _____ NUMBER: _____ STREET: _____

VILLE : PROVINCE/ÉTAT : CODE POSTAL :
CITY: _____ PROVINCE/STATE: _____ POSTAL CODE OR ZIP CODE: _____

PAYS :
COUNTRY: _____

4 ÉTUDE DE LA MÉDECINE — MEDICAL STUDIES

UNIVERSITÉ OÙ VOUS ÊTES ADMIS(E) :
UNIVERSITY WHERE YOU ARE STUDIYNG: _____

5 ÉTUDES (PAR ORDRE CHRONOLOGIQUE) — EDUCATION (CHRONOLOGICAL RECORD)

COLLÈGE OU UNIVERSITÉ (DIPLÔMES OBTENUS) ET FACULTÉ DE MÉDECINE
COLLEGE OR UNIVERSITY (DIPLOMAS OBTAINED) AND FACULTY OF MEDICINE

NOM DE L'INSTITUTION NAME OF SCHOOL ATTENDED	ANNÉE YEAR (MOIS MONTH / ANNÉE YEAR) à/to (MOIS MONTH / ANNÉE YEAR)	DIPLÔME OBTENU DIPLOMA OBTAINED
	- à/to -	
	- à/to -	
	- à/to -	
	- à/to -	
	- à/to -	
	- à/to -	

© Collège des médecins du Québec, 2003

6 AFFIRMATION SOLENNELLE / SOLEMN AFFIRMATION

Veuillez annexer une photo passeport (50 mm X 70 mm) récente (moins de 12 mois), signée au recto et reconnue véritable devant un témoin qui signe au verso.

Please attach one recent (less than 12 months) passport size photograph (50 mm X 70 mm) signed on the front and bearing the signature of one witness on the back.

Je soussigné(e) affirme solennellement que les renseignements donnés dans cette demande sont vrais et authentiques au meilleur de ma connaissance. De plus, je certifie que les documents sont les miens.

Je reconnais que l'immatriculation vaut pour toute la durée des études de médecine et des stages de formation postdoctorale, mais qu'elle peut être révoquée pour cause.

Je reconnais que je serai assujetti(e) aux conditions et modalités de délivrance du permis d'exercice de la médecine qui seront en vigueur au moment où j'entreprendrai de les remplir, particulièrement en ce qui concerne les stages, les examens et la connaissance de la langue française *(Charte de la langue française)*.

Je reconnais qu'une fausse déclaration peut entraîner la révocation de mon immatriculation.

I hereby do solemnly affirm that the information given in this application is true and accurate to the best of my knowledge. Moreover, I certify that the enclosed documents are mine.

I ackowledge that the registration is valid for the duration of my medical studies and posdostoral training in medicine but may be revoked for cause.

I acknowledge that I will be subjected to the terms and conditions for issuing a permit, which will be in effect at the time when I will start fulfiling them, particularly with regard to the training periods, examinations and French language knowledge *(Charter of French Language)*.

I acknowledge that any false declaration may result in the revocation of my registration.

Date : _____ Signature de l'étudiant(e) : _____
Date: _____ Signature of student: _____

Affirmé solennellement devant moi à :
Solemnly affirm before me in:
Ville :
City: _____

Ce _____ jour de _____
This _____ day of _____

Signature :
Signature: _____
Juge de paix ou Commissaire à l'assermentation
Justice of the Peace or Commissioner of Oath

RÉSERVÉ AU CMQ

NUMÉRO
Certificat d'immatriculation

DATE D'ÉMISSION

© Collège des médecins du Québec, 2003