**FORMULAIRE D’INSCRIPTION**

**STAGE D’ÉTÉ SARROS – ÉTUDIANT EN MÉDECINE**

|  |
| --- |
| **\*Un seul stage SARROS est autorisé entre la 1re, 2e ou 3e année en médecine et l’externat\*****Le stage SARROS doit s’effectuer entre le 1er juin et le 31 août 2018.** |
|  |
| Nom  |  |
| Prénom |  |
| Adresse permanente |  |
|  |
|  |
| No. téléphone résidence |  |
| No. téléphone cellulaire |  |
| Adresse courriel |  |
| Date de naissance |  |
| Êtes-vous originaire de la Côte-Nord ? | [ ]  OUI [ ]  NON |
| Quelle ville ? |  |
| Vos parents y demeurent-ils ? | [ ]  OUI [ ]  NON |

|  |  |
| --- | --- |
| Précisez l’université fréquentée |  |
| Niveau | ☐ 1re année |
| ☐ 2e année  |
| ☐ 3e année  |

|  |  |
| --- | --- |
| Avez-vous déjà fait un stage d’été SARROS ?  | [ ]  OUI [ ]  NON |
| Si oui, précisez l’endroit  |
| Précisez l’installation visée par votre demande **(Vous devez cocher une seule installation)**  | **Durée du stage offert en semaines par l’installation visée** |
|  | **Minimum** | **Maximum** |
| [ ]  Les Escoumins[ ]  Forestville[ ]  Baie-Comeau[ ]  Port-Cartier[ ]  Sept-Îles[ ]  Havre-Saint-Pierre[ ]  Blanc-Sablon[ ]  Fermont | Les Escoumins | **4** | **Variable** |
| Forestville | **4** | **Variable** |
| Baie-Comeau | **4** | **4**  |
| Port-Cartier | **4** | **Variable** |
| Sept-Îles | **4** | **6** |
| Havre-Saint-Pierre | **4** | **Variable** |
| Blanc-Sablon | **4** | **Variable** |
| Fermont | **4** | **Variable** |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| Précisez le type de stage qui vous intéresse |
| Durée souhaitée **selon l’offre de l’installation visée**  | [ ]  4 semaines | [ ]  7 semaines | [ ]  10 semaines |
| [ ]  5 semaines | [ ]  8 semaines | [ ]  11 semaines |
| [ ]  6 semaines | [ ]  9 semaines | [ ]  12 semaines |
| Période de disponibilité  | Début  |
| Fin  |
| Avez-vous besoin d’un logement ?  | [ ]  OUI [ ]  NON |

|  |  |
| --- | --- |
| Joindre à votre demande les documents suivants | [ ]  Formulaire d’inscription |
| [ ]  Curriculum vitae (1 page maximum) |
| [ ]  Lettre de motivation (1 page maximum) |

|  |
| --- |
| **Veuillez faire parvenir vos documents avant le 1er mars 2018 à l’adresse suivante :****affaires.medicales.09cisss@ssss.gouv.qc.ca** |

MAJ : 2018-01-10