**Formulaire de demande
Appui financier pour stages cliniques**

|  |
| --- |
| *Veuillez consulter la politique « Appui financier applicable aux frais de déplacement et d’hébergement pour stages cliniques » et envoyer ce formulaire dument rempli 30 jours avant le début du stage.*  |
| **Coordonnées de l’étudiant(e)** |
| Nom :        | Numéro étudiant :       |
| Adresse temporaire :       |
| Adresse permanente :       |
| Téléphone :       | Courriel :      |
| **Renseignements sur le stage** |
| Programme d’études :       | Année :       |
| Superviseur de stage :       | Téléphone :       |
| Lieu de stage (nom complet de l’établissement) :       |
| Adresse du lieu de stage :       |
| Date de début du stage :       | Date de fin du stage :       |
| Nombre d’heures du stage :       |
| **Dépenses prévus** *\*faire référence à la politique* |
| Déplacement :       | Détails (ex. mode de transport) :       |
| Hébergement :       | Détails :       |
| Total :       |
| **Réservé au membre de la faculté responsable du stage** |
| Je,      , confirme que les renseignements sur le présent formulaire sont exacts. Signature : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Réservé à la coordination** |
| Approbation  [ ]  Oui [ ]  NonNotes :     Signature : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Témoignage reçu suite au stage : [ ]  Oui [ ]  Non |
| Remboursement demandé suite au stage : [ ]  Oui [ ]  Non  |
| Montant forfaitaire réclamé :       |