**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  Non  Notes :  Signature : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |
| Témoignage reçu suite au stage :  Oui  Non | | | | |
| Remboursement demandé suite au stage :  Oui  Non | | | | |
| Montant forfaitaire réclamé : | | | | |