**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 dûment 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’étude :     | 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 :       |
| **Préparation pour stage** |
| Avez-vous une épinglette qui indique que vous parlez en français ? ☐ Oui ☐ Non Si non, le CNFS – UL sera heureux de vous faire parvenir une épinglette.  |
| Saviez-vous qu’il existe un atelier gratuit en ligne pour vous préparer pour votre stage ? ☐ Oui ☐ Non « Cheminer vers la réussite de mon stage » comprend tous les outils nécessaires à la réussite de votre stage dans le domaine de la santé. Pour plus d’info : <https://cnfs.ca/etudiants/stages> |
| **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 ☐ Oui, avec modifications ☐ NonNotes :     Signature : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Bilan et photos reçus suite au stage : ☐ Oui ☐ Non |
| Remboursement demandé suite au stage : ☐ Oui ☐ Non  |
| Montant forfaitaire réclamé :       |