



Université de  
Sherbrooke

**Médecine d'urgence à visée régionale  
Formulaire d'application**

<b>Nom et prénom :</b>	<b>Date de naissance :</b>
<b>Adresse complète :</b>	
<b>Courriel :</b>	<b>Numéro R-XXXXX :</b>
<b>Numéro MELS :</b>	<b>Numéro de téléphone :</b>

<b>Durée souhaitée du programme</b>	<input type="checkbox"/> 4 mois (sans stage à option)	<input type="checkbox"/> 6 mois (avec stages à option)
-------------------------------------	---	--

<b>Bloc de périodes souhaitée :</b> veuillez classer par ordre de préférence 1 à 3		
Juillet à décembre (P-1 à P-6) : ____	Septembre à mars (P-4 à P-9) : ____	Janvier à juin (P-8 à P-13) : ____

<b>Site de jumelage souhaité et indiquer ci-bas vos autres choix :</b> _____		
Sherbrooke : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Charles-Lemoyne : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Chicoutimi: <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

<b>Si, en raison de la disponibilité, nous devons prioriser le site ou les périodes, indiquer votre priorité :</b>
<input type="checkbox"/> Site <input type="checkbox"/> Périodes

<b>Indisponibilités prévues :</b> avez-vous des mois d'indisponibilité prévue durant l'année 2026-2027 ?
<input type="checkbox"/> Oui, veuillez spécifier les mois d'indisponibilité : _____ <input type="checkbox"/> Non

**Informations professionnelles**

<b>UMF actuelle (si applicable) :</b>	<b>Année de graduation prévue :</b>
<b>Autres expériences de travail pertinentes en lien avec la médecine d'urgence :</b>	

<b>Références (2) – nom et courriel :</b>
---

Je soussigné.ee, \_\_\_\_\_ (prénom, nom), confirme que les informations fournies dans ce formulaire sont complètes et exactes. Je comprends que toute information incorrecte ou incomplète pourrait entraîner le rejet de ma demande.

**Signature du candidat.e :** \_\_\_\_\_ **Date :** \_\_\_\_\_