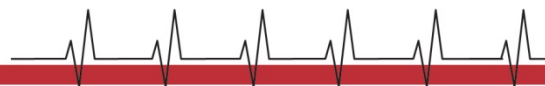




Consortium national
de formation en santé

Volet Université d'Ottawa

www.cnfs.ca/uottawa



PRENONS SOIN DE VOS ÉTUDES

FACULTÉ DE MÉDECINE

Formulaire de remboursement pour les frais de déplacement pour un stage dans une communauté francophone en situation minoritaire

Doit être autorisé avant le stage

A. Coordonnées de l'étudiant

Nom de l'étudiant : _____

Numéro d'étudiant : _____ Courriel : _____

Adresse temporaire : _____

Adresse permanente : _____

Téléphone : _____

Êtes-vous un étudiant admis sous l'égide du CNFS ? oui non

B. Autorisation et renseignements sur le stage

Programme universitaire : _____

Année du programme : _____

Endroit de stage (nom complet de l'établissement) : _____

Période et durée du stage : _____

Nom du superviseur de stage : _____

Téléphone du superviseur de stage : _____

Approbation du BAF : _____

Approbation de la doyenne associée : _____

C. Remboursement demandé

Moyen de transport – public / Avion / Train / Autobus : _____

Voiture personnelle, nombre total de km : _____ km @ 0.20 cents / km = _____ \$

Montant réclamé : _____

Signature de l'étudiant _____

Approuvé par : _____

Direction du projet

Date : _____

P.S. : Avez-vous inclus vos pièces justificatives?