

Demande d'admission microprogrammes

Veillez noter que ces microprogrammes sont offerts seulement en français.

Veillez retourner ce formulaire par courriel à grad.med@uOttawa.ca

Remplissez toutes les cases de cette section				IDENTIFICATION DE L'ÉTUDIANT			
NOM DE FAMILLE		PRÉNOM		SECOND PRÉNOM			
NUMÉRO D'ÉTUDIANT		UNITÉ SCOLAIRE / DISCIPLINE					
COURRIEL							
DATE DE NAISSANCE		ANNÉE		MOIS		JOUR	
LANGUE <input type="checkbox"/> FRANÇAIS <input type="checkbox"/> ANGLAIS <input type="checkbox"/> AUTRE		LANGUE DE CORRESPONDANCE		FRANÇAIS <input type="checkbox"/> ANGLAIS			
PAYS DE NAISSANCE		PAYS DE CITOYENNETÉ		SI NÉ HORS CANADA, INDIQUEZ LA DATE D'ENTRÉE AU CANADA		ANNÉE	
						MOIS	
						JOUR	
SI NON-CANADIEN, PRÉCISEZ VOTRE STATUT ACTUEL. <input type="checkbox"/> RÉSIDENT <input type="checkbox"/> PERMIS <input type="checkbox"/> AUTRE							
ADRESSE PERMANENTE							
NUMÉRO ET RUE			VILLE			PROVINCE	
PAYS		CODE POSTAL		NUMÉRO DE TÉLÉPHONE		DATE D'ENTRÉE EN VIGUEUR DE	
						ANNÉE	
						MOIS	
						JOUR	
<input type="checkbox"/> MÊME QUE L'ADRESSE PERMANENTE							
ADRESSE POSTALE							
NUMÉRO ET RUE			VILLE			PROVINCE	
PAYS		CODE POSTAL		NUMÉRO DE TÉLÉPHONE		DATE D'ENTRÉE EN VIGUEUR DE L'ADRESSE POSTALE	
						ANNÉE	
						MOIS	
						JOUR	

Veillez faire votre sélection de microprogramme ci-dessous:

<input type="checkbox"/> Introduction à l'enseignement en santé. Ce microprogramme comprend les cours: MED 6531 MED 6532	<input type="checkbox"/> Simulation en enseignement en santé. Ce microprogramme comprend les cours: MED 6533 MED 6534
---	--

Énumérez tous les établissements postsecondaires fréquentés.

Diplômes	Établissement postsecondaires

Pouvez vous nous décrire 1) vos expériences d'enseignement, 2) vos compétences et les domaines que vous voulez explorer et améliorer dans ce microprogramme?
(250 mots max)

Quelles sont vos attentes face à ce microprogramme? Quelles seront les retombées de ce microprogramme pour votre carrière?
(A remplir seulement pour le programme de simulation, max 250 mots.)

Nom et prénom _____ Numéro d'étudiant(e) (Si disponible) _____



Qu'elle est votre expérience avec la simulation en tant qu'apprenant et/ou enseignant ? (A remplir seulement pour le programme de simulation, max 250 mots.)

Documents à joindre à votre demande :

Curriculum vitae

Copie de tous les relevés de notes des universités que vous avez fréquentées

Je certifie que les renseignements ci-dessus sont complets et exacts, y compris ma déclaration de citoyenneté et de statut au Canada. Toute fausse déclaration de ma part entraînera l'annulation de mon admission. J'accepte d'observer tous les règlements des études supérieures et postdoctorales et de l'université d'Ottawa.

DATE

NOM ET PRÉNOM

SIGNATURE