

FORMULAIRE DE DEMANDE DE STAGE - FRANCE

Informations personnelles		
Nom :	Prénom :	
Adresse :		
Ville :	Province :	Code postal :
Courriel :		Téléphone :
Numéro d'étudiant ou d'étudiante :		
Informations relatives au stage :		
Votre choix :		
<input type="checkbox"/> Université Paris-Descartes <input type="checkbox"/> Université Claude Bernard Lyon 1		
Période à laquelle vous prévoyez faire le stage :		
Vos choix de stages : (minimum de 5)		
1.	2.	
3.	4.	
5.	6.	
7.	8.	

!!! N'oubliez pas de joindre votre lettre de motivation à votre formulaire de demande !!!

Faculté de médecine
Affaires francophones

613-562-5800, poste 4373 | Affaires.francomed@uOttawa.ca
med.uOttawa.ca/affaires-francophones/

