

DEMANDE D'ADMISSION

Contingent régulier

1	<u>À QUELLE DATE DÉBUTEREZ-VOUS VOTRE PROGRAMME</u>		<u>CODE PERMANENT DU MELS S'IL Y A LIEU</u>		<u>N° DOSSIER (NI UNIVERSITÉ LAVAL)</u>		
2	<u>NOM</u>			<u>PRÉNOM</u>			
3	<u>NOM ET PRÉNOM DU PÈRE À LA NAISSANCE (OBLIGATOIRE)</u>			<u>NOM ET PRÉNOM DE LA MÈRE À LA NAISSANCE (OBLIGATOIRE)</u>			
4	SEXE FÉMININ MASCULIN	Membre d'une nation autochtone du Canada OUI NON	5	<u>COURRIEL</u>		6	DATE DE NAISSANCE année mois jour
7	ADRESSE : numéro - rue - appartement			8	LANGUE MATERNELLE		
	municipalité comté – province – Pays - Code postal			9	☐ Français ☐ Anglais ☐ Autre _____		
	Téléphone (résidence) IND RÉG. _____ N° _____			10	CONNAISSANCE DU FRANÇAIS ☐ Lu ☐ Parlé ☐ Écrit		
	Téléphone (contact) IND RÉG. _____ N° _____			LIEU DE NAISSANCE (LOCALITÉ – PAYS)			
11	STATUT AU CANADA Citoyen canadien Résident permanent Détenteur d'un visa <u>préciser :</u> _____ Citoyenneté autre que canadienne						
12	ÉTUDES UNIVERSITAIRES EN MÉDECINE (nom et lieu des études, années des études et diplôme obtenu ou à venir) Doctorat en médecine (M.D.): _____ Résidence (s'il y a lieu): _____						
13	CHOIX DU PROGRAMME DE FORMATION RÉSIDENCE EN : _____						
14	ÊTES-VOUS BÉNÉFICIAIRE D'UNE BOURSE D'ÉTUDES? (VOTRE SALAIRE SERA-T-IL PAYÉ PAR UN ORGANISME AUTRE QUE LA RAMQ) ☐ OUI, spécifiez _____ Non Recevez-vous une autre allocation ou pension pour vos études? Oui Non Si oui, de quel organisme? _____						
15	ÊTES-VOUS MEMBRE DE LA DÉFENSE NATIONALE? ☐ Oui ☐ Non Si oui, depuis quand? _____ Vos études sont-elles défrayées par la Défense Nationale? ☐ Oui ☐ Non						
16	CERTIFICATS PROFESSIONNELS		Oui	Non	Numéro	Date d'obtention	
	Certificat du conseil médical du Canada (L.M.C.C.)						
	ECFMG* ou USMLE*						
	Autres :						
* EDUCATIONAL COUNCIL FOR FOREIGN MEDICAL GRADUATES OU UNITED STATES MEDICAL LICENSING EXAMINATION							
17	- J'affirme qu'au meilleur de ma connaissance, les renseignements donnés ci-dessus sont exacts. - Je m'engage à payer annuellement les droits de scolarité, à observer les règlements de la Faculté de médecine et de l'Université, et à ne rien faire qui puisse porter atteinte à leur prestige. DATE _____ SIGNATURE _____ - J'accepte , je refuse (ci-joint ma déclaration d'opposition) en vertu de la Loi sur l'accès que des renseignements me concernant soient transférés aux parties identifiées aux pages suivantes. DATE _____ SIGNATURE _____						
18	Si, au cours de l'année académique, je deviens membre de la Défense Nationale ou je reçois une bourse ou toute autre allocation pour mes études, je m'engage à en informer immédiatement le Bureau des études médicales post-M.D. DATE _____ SIGNATURE _____						

Version mise à jour le mardi 3 août 2021

Pavillon Ferdinand-Vandry
1050, av. de la Médecine
Local 4623
Québec (Québec) G1V 0A6
CANADA

418 656-5955
Télécopieur : 418-656-2915
etudes-postmd@fmed.ulaval.ca
www.fmed.ulaval.ca/

Information aux étudiantes et étudiants ou résidentes et résidents

Conformément aux stipulations de l'article 65 de la *Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels*, l'Université Laval vous informe, par la présente, que les renseignements nominatifs qu'elle vous demande de lui communiquer de même que ceux qu'elle consignera à votre dossier par la suite sont confidentiels. Ils serviront à vous identifier, à permettre à l'Université de communiquer avec vous, à gérer vos études, votre participation à certains organismes de l'Université et votre accès aux services offerts par cette dernière; auront accès à ces renseignements à l'Université les seules personnes qui ont qualité pour les recevoir au sein de l'Université lorsque ceux-ci sont nécessaires à l'exercice de leurs fonctions en conformité avec la Loi et le Règlement sur la protection des renseignements personnels de l'Université Laval; ce règlement est disponible au Bureau du secrétaire général. Les renseignements recueillis à l'occasion de votre admission ont un caractère obligatoire et quiconque refuse de les fournir ne peut être admis à l'Université Laval. Ces renseignements sont également transmis au Collège des médecins du Québec, en application de la Loi médicale, section III, article 15 (*Lois refondues du Québec*, 1977, chapitre M-9), et à chacun des centres hospitaliers correspondant à vos choix. Vous pourrez vous prévaloir du droit d'accès à votre dossier au Bureau des études post-M.D. à la Faculté de médecine de l'Université Laval, aux heures d'ouverture des bureaux et en présence d'un membre du personnel de l'unité. La Loi vous assure également le droit de rectification d'un renseignement erroné qui serait versé à votre dossier. Avant d'exercer ces droits en vertu des dispositions de cette loi, il est suggéré de vous adresser au responsable de la tenue des dossiers. Au besoin, on peut formuler une demande écrite au responsable de la protection des renseignements personnels à l'Université Laval, au Bureau du secrétaire général, Pavillon Jean-Charles-Bonenfant, Bureau 2183. La présente démarche vise aussi à obtenir votre consentement à la transmission, le cas échéant, de votre nom, de votre adresse postale, de votre adresse électronique, de votre numéro de téléphone, de votre date de naissance et de l'identification de votre programme ou de votre statut à des organismes ou à des personnes qui nous en font la demande aux fins spécifiques libellées ci-dessous :

- a) à une association étudiante reconnue par l'Université, aux fins de permettre à telle association de communiquer avec vous;
- b) à l'unité responsable de la publication de l'Annuaire des étudiants et des étudiantes de l'Université Laval;
- c) à un organisme gouvernemental ou paragouvernemental, ou à une entreprise, à des fins de recrutement de candidats en vue d'une offre d'emploi ou de diffusion d'information non commerciale;
- d) au collège où vous avez terminé vos études, à des fins statistiques;
- e) **au Collège des médecins du Québec, à des fins d'inscription** : advenant qu'il y ait opposition de votre part pour cet organisme, vous ne pourrez pas poursuivre votre formation à l'Université Laval car votre inscription est liée à ce que le Collège des médecins du Québec obtienne les renseignements ci-dessus mentionnés; vous serez immatriculé auprès du Collège des Médecins du Québec et serez soumis aux règles régissant les médecins en formation, et au code de déontologie
- f) à l'Association des diplômés de l'Université Laval, aux fins de lui permettre de communiquer avec vous;
- g) à la Fondation de l'Université Laval, lorsque vous aurez quitté l'Université, afin de lui permettre de communiquer avec vous;
- h) dans le cas des étudiants non québécois, au gouvernement canadien, au gouvernement du Québec, à l'organisme subventionnel ou aux représentants accrédités du gouvernement en cause, aux fins de confirmer votre statut; et, outre les renseignements indiqués ci-dessus :
- i) à un organisme subventionnel, un renseignement permettant d'établir votre admissibilité ou votre participation à un programme de l'organisme ou à un projet de recherche qu'il subventionne;
- j) à un chercheur, membre de l'Université, aux fins d'une recherche nécessaire à la poursuite de ses travaux, tout autre renseignement d'identité nécessaire à l'objet de la recherche.

Les renseignements mentionnés pour les paragraphes a) à j) seront également transmis, avec votre consentement, aux associations et organismes suivants, à leurs fins propres :

- k) à l'Association des facultés de médecine du Canada (AFMC);
- l) **au Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada (CRMCC)** : advenant qu'il y ait opposition de votre part pour cet organisme, vous ne pourrez pas poursuivre votre formation à l'Université Laval car votre inscription est liée à ce que le Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada obtienne les renseignements ci-dessus mentionnés pour les médecins-résidents inscrits à un programme autre que médecine de famille et ses programmes de compétences avancées;
- m) à la Fédération des médecins résidents du Québec (FMRQ);
- n) au «Canadian post-M.D. Education Registry» (C.A.P.E.R.);
- o) **au Collège des médecins de famille du Canada (CMFC)** : advenant qu'il y ait opposition de votre part pour cet organisme, vous ne pourrez pas poursuivre votre formation à l'Université Laval car votre inscription est liée à ce que le Collège des Médecins de famille du Canada obtienne les renseignements ci-dessus mentionnés pour les médecins-résidents inscrits à un programme de médecine de famille ou à un de ses programmes de compétences avancées (médecine d'urgence, clinicien érudit, médecine palliative, périnatalité, soins aux personnes âgées.

Le consentement ci-dessus évoqué s'exprime par l'apposition de votre signature à l'endroit prévu à cet effet au formulaire de demande d'admission. Ce consentement est révoqué en tout temps au moyen de la «déclaration d'opposition» ci-jointe. Quiconque désire s'opposer à la transmission d'éléments d'information, sous l'une ou l'autre des rubriques ci-dessus mentionnées, doit remplir la déclaration d'opposition ci-jointe et joindre cette déclaration au dépôt du formulaire de demande d'admission.

Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels (L.R.Q., chapitre A-2.1)

Déclaration d'opposition (Ne pas envoyer s'il n'y a pas d'opposition.)

Par la présente, je m'oppose à la transmission, le cas échéant, de mon adresse de correspondance, de mon adresse de courrier électronique, de mon numéro de téléphone, de ma date de naissance, de l'identification de mon programme ou de mon statut. Encercler:

- a) à une association étudiante reconnue par l'Université, aux fins de permettre à telle association de communiquer avec moi;
- b) à l'unité responsable de la publication de l'Annuaire des étudiants et des étudiantes de l'Université Laval;
- c) à un organisme gouvernemental ou paragouvernemental, ou à une entreprise, à des fins de recrutement de candidats en vue d'une offre d'emploi ou de diffusion d'information non commerciale;
- d) au collège où j'ai terminé mes études, à des fins statistiques;
- e) au Collège des médecins du Québec à des fins d'inscription;
- f) à l'Association des diplômés de l'Université Laval, aux fins de lui permettre de communiquer avec moi;
- g) à la Fondation de l'Université Laval, lorsque j'aurai quitté l'Université, afin de lui permettre de communiquer avec moi;
- h) dans le cas des étudiants non québécois, au gouvernement canadien, au gouvernement du Québec, à l'organisme subventionnel ou aux représentants accrédités du gouvernement en cause, aux fins de confirmer mon statut; et, outre les renseignements indiqués ci-dessus :
- i) à un organisme subventionnel, un renseignement permettant d'établir mon admissibilité ou ma participation à un programme de l'organisme ou à un projet de recherche qu'il subventionne;
- j) à un chercheur, membre de l'Université, aux fins d'une recherche nécessaire à la poursuite de ses travaux, tout autre renseignement d'identité nécessaire à l'objet de la recherche.

ÉCRIRE EN LETTRES MAJUSCULES

Nom, prénom :	
Adresse :	
Province/pays/code postal	
Téléphone	
Date naissance	
Signature	
Date	
No dossier (à l'usage de l'université seulement)	

Je m'oppose également à ce que les renseignements mentionnés pour les paragraphes a) à j) soient transmis aux associations et organismes suivants, à leurs fins propres : (encercler)

- k) à l'Association des facultés de médecine du Canada (AFMC);
- l) au Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada (CRMCC);
- m) à la Fédération des médecins résidents du Québec (FMRQ);
- n) au «Canadian post-M.D. Education Registry» (C.A.P.E.R.);
- o) au Collège des médecins de famille du Canada.