

Pour inscription à l'une des catégories suivantes pour l'année universitaire :		2__ - 2__	
Je compte être inscrit(e) à l'une des catégories suivantes à la faculté de médecine de l'Université (indiquez le nom de l'université) : _____ (veuillez cocher selon qu'il s'agit d'une demande initiale ou d'un renouvellement)		Demande initiale	Demande de renouvellement
CATÉGORIE «A» : année d'obtention du permis d'exercice - R2 en médecine de famille		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CATÉGORIE «B» : année qui précède l'obtention du permis - R1 en médecine de famille		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CATÉGORIE «C» : année d'obtention du diplôme – étudiant(e) en médecine		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CATÉGORIE «D» : année qui précède l'année d'obtention du diplôme – étudiant(e) en médecine		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Identification et situation du candidat			
Nom de famille		Prénom	Lieu de naissance
Date de naissance (aaaa-mm-jj)	Numéro d'assurance sociale	Sexe	<input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin
		Citoyenneté canadienne	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Lieu de naissance du conjoint, s'il y a lieu :		Si vous n'avez pas la citoyenneté canadienne, avez-vous le statut d'immigrant reçu? Si oui, veuillez indiquer l'année :	<input type="checkbox"/> Oui, depuis <input type="checkbox"/> Non
Profession du conjoint, s'il y a lieu :			
Nombre d'enfants, s'il y a lieu :		Si votre langue courante n'est pas le français, avez-vous une connaissance d'usage de la langue française? Écrite :	
Domicilié(e) au Canada depuis quand?		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Domicilié(e) au Québec depuis quand?		Parlée : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Adresse permanente (1)			
Numéro		Rue	Appartement
Municipalité	Province	Code postal	
Téléphone au domicile	Autre téléphone	Adresse électronique	
Adresse pendant vos études (2)			
Numéro		Rue	Appartement
Municipalité	Province	Code postal	
Téléphone au domicile	Autre téléphone		
Je désire recevoir mon paiement à l'adresse : 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>			
Études			
Indiquer le nom de l'institution et la ville où vous avez fait vos études collégiales : _____			
Étiez-vous aux études durant l'année 2008-2009		<input type="checkbox"/> oui Université : _____ Niveau d'études : _____	
Date d'obtention du diplôme de docteur(e) en médecine (aaaa-mm) : _____		<input type="checkbox"/> non Si non, précisez : _____	
Veuillez exprimer brièvement les motifs qui suscitent votre intérêt à une pratique médicale en région éloignée ou isolée : Pour reconnaître les régions éloignées et isolées, consulter le site Internet du ministère à : www.msss.gouv.qc.ca/enregion (si vous manquez d'espace, joindre une seule page 8 1/2 X 11)			
Fait à : _____		Le : _____	
_____ Signature du candidat			
IMPORTANT : (demande initiale et renouvellement)			
Joindre les documents suivants à ce formulaire et transmettre au plus tard le 31 mai précédant l'année universitaire pour laquelle la bourse est demandée au : Ministère de la Santé et des Services sociaux , Direction de la main-d'œuvre médicale, 1075, chemin Sainte-Foy, 10 ^e étage, Québec, G1S 2M1 :		Avant chaque paiement, vous devez faire parvenir les documents suivants à Mme Nicole Rivard, Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ), au 1125, Grande Allée Ouest, Québec, G1K 7T3 :	
1. Le formulaire d'engagement complété et signé aux 2 endroits prévus;		1. Un reçu du paiement des frais de scolarité pour le semestre en cours;	
2. Le relevé officiel et à jour du dossier académique ou, si pas encore disponible, transmettre le plus récent dans un premier temps;		2. Une attestation de votre inscription à une faculté de médecine pour le semestre en cours ¹ .	
3. Copie des fiches d'évaluation des stages cliniques ou de résidence;			
4. Lettre de recommandation du représentant du doyen de la faculté. Pour les résidents, une lettre de recommandation du directeur de programme ou directeur de l'unité de médecine familiale.			
Si la bourse vous est accordée, la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) en fera le paiement en deux versements égaux en septembre et janvier de l'année universitaire en cours.		¹ Si cette attestation a déjà été fournie au Ministère lors de la présente demande, il ne sera pas nécessaire de l'acheminer à la RAMQ puisque le Ministère s'en chargera.	
Faire parvenir à la RAMQ et au Ministère de la Santé et des Services sociaux, dans les 30 jours, tout changement d'adresse de votre domicile			