

Formulaire d'inscription pour le programme CNESST de l'université Concordia

À LIRE ATTENTIVEMENT : Il est impératif que l'étudiant ait souscrit ou se procure une assurance personnelle (protection médicale, soins dentaires, mutilations et décès) avant de commencer ce stage. Dans le cas d'une blessure professionnelle subie lorsque l'étudiant menait des activités reliées à ce stage non rémunéré, toutes les dépenses engagées qui ne sont normalement pas couvertes par l'assurance maladie du Québec sont assumées par le régime d'assurance privée de l'étudiant ou, en l'absence d'un tel régime, par l'étudiant lui-même. L'étudiant peut être couvert par le régime de sa famille ou de son ou sa partenaire. Les régimes d'assurance maladie de l'Union des étudiants et étudiantes de l'Université Concordia (<http://ihaveaplan.ca>) et de la Croix-Bleue (<http://www.bluecross.com>) proposent une assurance maladie personnelle acceptée par l'Université. N. B. : le masculin est utilisé afin de faciliter la lecture du texte.

INFORMATION ÉTUDIANT(E)

Nom: _____

Adresse: _____

Téléphone : _____

Courriel: _____

No. Assurance sociale: _____

No. Assurance maladie: _____

No. Étudiant(e): _____

Nom du programme : _____

Contact en cas d'urgence

Nom: _____

Adresse: _____

Téléphone: _____

Courriel: _____

Relation: _____

Contact universitaire (Professeur, Coordinateur(trice), Etc.)

Nom: _____

Nom du département: _____

Titre/position: _____

Adresse interne: _____

Téléphone: _____

Courriel: _____

COURS

Nom du cours: _____

No. du cours: _____

Description du stage: _____

ENTREPRISE / ORGANISME OÙ VOUS VOUS PROPOSEZ D'EFFECTUER VOTRE STAGE

Nom de l'organisme: _____

Département: _____

Adresse: _____

Superviseur/contact sur site

Nom: _____

Titre/Position: _____

Téléphone: _____

Courriel: _____

Détails du stage

Description des tâches: _____

Durée du stage (Ex. 6 mos) _____

Date du début: _____

Date fin: _____

S.V.P. assurer que tous les questions et information sont complètes et précis Le soussigner comprend et a complété l'application

Signature de l'étudiant(e): _____ Date: _____

Signature du responsable _____ Date _____

Veillez retourner le formulaire à votre professeur ou agent de placement. Merci de votre collaboration