



FORMULE DE DEMANDE D'ADHÉSION À L'APECFMUS
(Affilié à la CSQ)

Je, soussigné(e) _____

donne librement mon adhésion à l'Association des professeurs d'enseignement clinique de la Faculté de médecine et des sciences de la santé de l'Université de Sherbrooke (APECFMUS). Je m'engage à en observer les statuts, les règlements et les décisions, et à payer la cotisation fixée par l'APECFMUS. Cette adhésion entrera en vigueur le jour de la signature de mon admission.

[SVP remplir tous les espaces]

LIEU DE TRAVAIL

Établissement : _____ Téléphone : _____
Département : _____ Service : _____
Adresse : _____

BUREAU

Téléphone : _____
Adresse : _____

AUTRES RENSEIGNEMENTS

Date de naissance : _____ Salaire reçu de l'UdeS : OUI NON
Matricule universitaire : _____ Année de graduation : _____
Courriel : _____

J'ai payé ma première cotisation de 5,⁰⁰ \$ à l'APECFMUS (chèque ci-joint) : OUI NON

Et j'ai signé à _____, le _____

Signature

Section réservée à l'administration

Date de réception :	
Signature du responsable :	

SVP, bien vouloir nous retourner le formulaire complété avec votre première cotisation:

APECFMUS : 3001, 12^e Avenue Nord – Case 696, Sherbrooke (Québec) J1H 5N4

Tél. : 819 821-8000, 75383 | Fax : 819 820-6800 | Courriel : apecfmus-sec-med@usherbrooke.ca



RENOUVELLEMENT DE CONTRAT

Veuillez compléter les renseignements ci-dessous, dans le but de conserver la mise à jour votre statut actuel de professeur(e), et nous retourner le formulaire signé.

Nom : _____ Matricule : _____
Établissement : _____ Département : _____
Adresse : _____
Courriel : _____

A) PROFESSEUR D'ENSEIGNEMENT CLINIQUE :

- Je fais encore de l'enseignement clinique
- Je fais des activités d'enseignement (ECOS, Tutorat, Arc, Cours, etc.)
****veuillez indiquer vos activités à la case B) 4.****
- Je désire conserver mes privilèges, mais je n'enseigne plus depuis _____
(Le membre peut se prévaloir du privilège de conserver son statut pour une période de 24 mois après la fin de son contrat d'enseignement clinique avec la FMSS, article 5-1.07.)
- Je ne fais plus partie de l'APECFMUS.CSQ depuis le _____
- Je désire démissionner (retraite ou autre) en date du _____

B) ABSENCE DU TRAVAIL POUR LA RAISON SUIVANTE :

- Congé de maternité / maladie
- Fellow
- Retour au travail prévu le : _____
- Autre – Définir : _____

C) RETOUR DU FORMULAIRE DÛMENT COMPLÉTÉ ET SIGNÉ :

Je, soussigné (nom) _____ atteste que les renseignements fournis sont exacts.

En foi de quoi, j'ai signé à _____, le _____

Signature du professeur d'enseignement clinique

SVP nous retourner ce formulaire dûment rempli à :

APECFMUS : 3001, 12^e Avenue Nord – Case 696 Sherbrooke (Québec) J1H 5N4
Tél. : 819 821-8000, 75383 | Fax : 819 820-6800 | Courriel : apecfmus-sec-med@usherbrooke.ca