

Date \_\_\_\_\_

 Demande de remboursement pour la participation aux activités d'enseignement dans le cadre d'activités d'enseignement au **Programme postdoctoral\*** des professeurs d'enseignement clinique de la Faculté de médecine (PEC)

Professeur \_\_\_\_\_

Matricule \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Ville \_\_\_\_\_

Téléphone \_\_\_\_\_

Code postal \_\_\_\_\_

Activités Équivalence horaire *	1 h =	Type d'activité Cochez le type	Description de l'activité
Activité de raisonnement clinique (ARC)	2 H / session		<b>Titre de l'activité :</b> _____  <b>Date de l'activité :</b> _____  <b>Durée de l'activité (H)</b> _____ heures  <b>Nombre de (H) à rémunérer</b> (nb d'heure x valeur ~H~ (voir annexe G) _____ H
Cours magistraux/théoriques à l'externat	3 H		
Cours magistraux/théoriques – postdoctoral	2 H		
Cours magistraux/théoriques – Répétition dans la même année	1 H		
Cours siglé pour les étudiants de 1 <sup>ère</sup> , 2 <sup>e</sup> et 3 <sup>e</sup> années de Médecine	3 H		
ÉCOS ou examen oral pour résidents (incluant pratiques d'examens)	1 H		
ÉCOS et correction d'examen écrit	1.5 H		
ÉCOS – Standardisation des ÉCOS	1 H		
Laboratoires pour résidents	1 H		
Autres : (expliquer)			
<b>Activité d'enseignement payée par le Centre de formation continue (CFC)</b>			*Extrait de l'Annexe G de la convention collective de l'APECFMUS
ATLS APLS ACLS			

**S.V.P. Retournez ce document complété et signé :**

 par courriel : [Remuneration-Med@Usherbrooke.ca](mailto:Remuneration-Med@Usherbrooke.ca)

par télécopieur : (819) 564-5378

 à l'attention de M. René Doyon  
 Commis (soutien à l'enseignement)

 Secrétariat des études médicales pré-doctorales  
 3001, 12<sup>e</sup> Avenue Nord  
 Sherbrooke (Québec) J1H 5N4

(819) 821-8000 poste 72014

 \_\_\_\_\_  
 Signature du professeur d'enseignement clinique

 \_\_\_\_\_  
 Signature du Directeur de programme

\*Obligatoire pour toute l'activité