

Date _____

 Formulaire de 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
Préparation de cours non siglé par l'UdeS	1 H / heure de cours		Titre de l'activité : _____ Date de l'activité : _____ Durée de l'activité (H) _____ heures Nombre de (H) à rémunérer (nb d'heure x valeur ~H~ (voir annexe G) _____ H
Laboratoires pour résidents	1 H		
Cours siglé pour les étudiants de 1 ^{ère} , 2 ^e , et 3 ^e années de médecine	3 H		
Autres : (expliquer)			
Activité d'enseignement payée par la RAMQ			
Activité de raisonnement clinique (ARC) Club de lecture Cours magistraux / théoriques à l'externat Cours magistraux / théoriques postdoctoral ÉCOS, correction d'examen écrit, standardisation des ÉCOS Examen oral (incluant pratique d'examen aux résidents finissants) Simulation			
Activité d'enseignement payée par le Centre de formation continue (CFC)			
ATLS, APLS, ACLS			*Extrait de l'Annexe G de la convention collective de l'APECFMUS

S.V.P. retourner ce document complété et signé :

 par courriel : 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^e 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 activité