



IDENTIFICATION - AUTORISATION

Professeur \_\_\_\_\_  
 Adresse \_\_\_\_\_  
 Code Postal \_\_\_\_\_  
 Matricule \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
 Signature du Directeur de programme\*  
 (Obligatoire pour tous les comités et sous-comités de programme)

\_\_\_\_\_  
 Approbation par le secrétariat de l'APECFMUS

\_\_\_\_\_  
 Réclamation reçue le :  
 (à compléter par l'APECFMUS)

\_\_\_\_\_  
 Demande de remboursement pour la participation aux comités et sous-comités statutaires de programmes des résidents, des comités facultaires et des comités universitaires.  
 \_\_\_\_\_

DATE	DÉBUT de la réunion	FIN de la réunion	ENDROIT de la réunion
A retourner à :		APECFMUS - Madame Élixa Normandin CHUS Fleurimont 3001, 12 <sup>e</sup> Avenue Nord – case 696 Sherbrooke (Québec) J1H 5N4	
P.S. Le temps de déplacement est exclu du temps réel de la réunion.			

Comités admissibles selon l'Annexe G de la convention collective de l'APECFMUS			
DATE	TITRE DU COMITÉ	PRÉPARATION	
		SANS	AVEC
	Comité des études postdoctorales *		
	Comité de programme postdoctoral *		
	Sous-comité de programme postdoctoral *		
	Sous-comité de programme sélection des résidents *		
	Comité de promotion professorale		
	Conseil de la faculté		
	Conseil exécutif assemblée facultaire		
	Conseil des études supérieures		
	Comité fonds de perfectionnement		
	Comité de l'Assemblée universitaire		
	CA de l'Université de Sherbrooke		

\* Signature du directeur de programme requise pour ces comités