



**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,<sup>00</sup> \$ 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<sup>e</sup> Avenue Nord – Case 696, Sherbrooke (Québec) J1H 5N4

Tél. : 819 821-8000, 75383 | Fax : 819 820-6800 | Courriel : [apecfmus-sec-med@usherbrooke.ca](mailto: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<sup>e</sup> Avenue Nord – Case 696 Sherbrooke (Québec) J1H 5N4  
Tél. : 819 821-8000, 75383 | Fax : 819 820-6800 | Courriel : [apecfmus-sec-med@usherbrooke.ca](mailto:apecfmus-sec-med@usherbrooke.ca)