

STAGE EN MÉDECINE AÉROSPATIALE

Instructions et formulaire

Tous les candidats doivent soumettre les documents suivants :

1. Une « Demande d'inscription à un stage en médecine aérospatiale » dûment remplie. Il faut s'assurer de fournir tous les renseignements pertinents dans le formulaire de demande. Aucun document supplémentaire (p. ex., un curriculum vitae) ne sera évalué.
2. Un texte ne dépassant pas une page expliquant :
 - (a) les raisons pour lesquelles le candidat souhaite participer à ce stage;
 - (b) la façon dont ce stage s'inscrit dans les objectifs de son plan de carrière;
 - (c) la contribution que le candidat espère apporter à la médecine aérospatiale au Canada.
3. Une « Lettre d'évaluation » dûment remplie.
4. Une copie officielle du relevé de notes de l'école de médecine.
5. Les étudiants en médecine doivent soumettre une lettre du coordonnateur de stage de l'école de médecine indiquant : (a) que leur dossier est en règle et (b) que leur établissement d'enseignement approuve ce stage dans le cadre de leur plan d'étude.

Les médecins résidents doivent soumettre une lettre du directeur de programme indiquant : (a) que leur dossier de médecin résident est en règle et (b) que ce stage s'inscrit dans le cadre de leur programme de formation.

Les demandes d'inscription devront être envoyées au plus tard le **1^{er} mai 2006**. Les candidats doivent faire parvenir les formulaires dûment remplis ainsi que les documents nécessaires à l'inscription à l'adresse suivante :

Médecine spatiale opérationnelle – Études supérieures
Bureau des astronautes canadiens
Centre spatial John H. Chapman
6767, route de l'Aéroport
Saint-Hubert (Québec) J3Y 8Y9

Une confirmation de réception des inscriptions sera envoyée aux candidats par courrier.

Les candidats retenus seront avisés d'ici le **30 juin 2006**, et les résultats de la sélection seront affichés sur le site Web.

Toute question concernant le processus d'inscription doit être acheminée à : medecine@espace.gc.ca.

Énoncé de confidentialité

Les mesures nécessaires ont été prises pour protéger la confidentialité des renseignements personnels fournis par les candidats. Les renseignements sont recueillis en vertu de la Loi sur l'Agence spatiale canadienne et serviront à sélectionner les candidats au stage en médecine aérospatiale. Ils sont protégés en vertu de la Loi sur la protection des renseignements personnels et seront conservés dans le fichier de renseignements personnels du programme approprié.

La Loi sur la protection des renseignements personnels confère aux candidats des droits relativement aux renseignements fournis. Le candidat peut :

- demander d'obtenir l'accès à son dossier;
- faire corriger toute information erronée ou demander que l'on joigne un avis à cet effet.

Pour plus de détails concernant les droits des candidats, consulter [InfoSource](#).

Page laissée en blanc intentionnellement



Demande d'inscription à un stage en médecine aérospatiale

Dactylographier ou écrire en lettres moulées à l'encre noire seulement.

STAGE RETENU Si vous postulez pour plus d'un stage, veuillez indiquer l'ordre de préférence :					
<input type="checkbox"/>	Aerospace Medicine Clerkship du JSC (octobre 2006)	<input type="checkbox"/>	KSC Medical Elective (octobre 2006)		
<input type="checkbox"/>	Aerospace Medicine Clerkship du JSC (avril 2007)	<input type="checkbox"/>	KSC Medical Elective (avril 2007)		
RENSEIGNEMENTS PERSONNELS					
Nom de famille du candidat :		Prénom :		Initiales de tous les prénoms :	
Adresse actuelle (toute la correspondance sera envoyée à cette adresse) :			Téléphone :		
			Télécopieur :		
			Courriel :		
CITOYENNETÉ					
<input type="checkbox"/>	Citoyen canadien	<input type="checkbox"/>	Résident permanent du Canada	<input type="checkbox"/>	Autre
		Donnez le pays de citoyenneté			
FORMATION UNIVERSITAIRE					
Diplôme	Nom de la discipline	Département, établissement et pays	Mois et année du début du programme	Mois et année d'obtention du diplôme	
Baccalauréat					
Maîtrise					
M.D.					
Résidence					
Doctorat					

PROTÉGÉ UNE FOIS REMPLI



Nom :

EXPÉRIENCE EN MILIEU DE TRAVAIL (Toute expérience de travail, non limitée au domaine médical)

Poste occupé et nature du travail (commencez par la plus récente)	Établissement et département	Période (mm/aaaa-mm/aaaa)

PROTÉGÉ UNE FOIS REMPLI



Nom :

EXPÉRIENCE EN RECHERCHE		
Poste occupé et nature du travail (commencez par la plus récente)	Établissement et département	Période (mm/aaaa-mm/aaaa)

PROTÉGÉ UNE FOIS REMPLI



Nom :

PUBLICATIONS ET PRÉSENTATIONS

PROTÉGÉ UNE FOIS REMPLI



Nom :

TRAVAIL COMMUNAUTAIRE		
Poste occupé et nature du travail (commencez par la plus récente)	Établissement et département	Période (mm/aaaa-mm/aaaa)

PROTÉGÉ UNE FOIS REMPLI



Nom :

ACTIVITÉS, FORMATION OU AFFILIATIONS RELIÉES À L'AVIATION OU À L'ESPACE (c.-à-d. pilote, Université internationale de l'espace, etc.)

Activité, formation ou affiliation à une association
(commencez par la plus récente)

Organisme

Période
(mm/aaaa–mm/aaaa)

PROTÉGÉ UNE FOIS REMPLI



Nom :

AUTRES ACTIVITÉS (sports de compétition, plongée sous-marine, service militaire, fonctions de commandement, etc.)

Nature de l'activité
(commencez par l'activité la plus récente)

Période
(mm/aaaa-mm/aaaa)

PROTÉGÉ UNE FOIS REMPLI



Nom :

PRIX REÇUS

Nom du prix
(commencez par le prix le plus récent)

Période
(mm/aaaa-mm/aaaa)

PROTÉGÉ UNE FOIS REMPLI



Nom :

Avez-vous demandé ou reçu ou demanderez-vous une aide gouvernementale additionnelle dans le cadre de votre participation à ce programme?

Oui

Non

Indiquez la source et le niveau d'aide

Êtes-vous un ancien fonctionnaire auquel le Code de valeurs et d'éthique de la fonction publique s'applique?

Oui

Non

LANGUE DE CORRESPONDANCE

Français

Anglais

SIGNATURE

Je confirme par la présente que l'information fournie dans ce formulaire est complète et précise et je reconnais que toute déclaration fautive et frauduleuse peut entraîner un refus d'admission. Au cas où toute information fournie présentement devait changer avant mon adhésion au programme, j'en informerais immédiatement l'Agence spatiale canadienne.

SIGNATURE DU CANDIDAT :

DATE :

Indiquez la façon dont vous avez entendu parler de ce programme :

PROTÉGÉ UNE FOIS REMPLI

Page laissée en blanc intentionnellement

STAGE EN MÉDECINE AÉROSPATIALE Lettre d'évaluation

À remplir par le candidat

Nom du candidat :	
Signature du candidat :	Date :

Section réservée à l'évaluateur

L'Agence spatiale canadienne aimerait connaître votre évaluation du candidat. Veuillez remplir ce formulaire et le retourner à l'adresse suivante :

Médecine spatiale opérationnelle – Études supérieures
 Bureau des astronautes canadiens
 Centre spatial John H. Chapman
 6767, route de l'Aéroport
 Saint-Hubert (Québec) J3Y 8Y9

1. Depuis combien de temps et à quel titre connaissez-vous le candidat?

2. Veuillez évaluer les aptitudes et les compétences professionnelles du candidat comparativement à celles d'autres personnes que vous avez connues à des stades semblables de leur carrière.

	Excellent	Très bien	Bien	Moyen	Sous la moyenne	Ne peut le savoir
Connaissances						
Connaissances dans son domaine						
Attitude à l'égard de l'apprentissage						
Recherche						
Aptitude pour la recherche						
Capacité de faire appel au raisonnement analytique						
Relations interpersonnelles						
Capacité de travailler avec des supérieurs						
Capacité de travailler en équipe						
Capacité d'interagir avec des patients						
Communication/éducation						
Capacité de communiquer des informations, des connaissances et des idées						
Motivation à renseigner les autres						

PROTÉGÉ UNE FOIS REMPLI

Les mesures nécessaires ont été prises pour protéger la confidentialité des renseignements personnels que vous fournissez. Les renseignements sont recueillis en vertu de la Loi sur l'Agence spatiale canadienne et serviront à sélectionner les candidats au stage en médecine aérospatiale. Ils sont protégés en vertu de la Loi sur la protection des renseignements personnels et seront conservés dans le fichier de renseignements personnels du programme approprié. Selon la Loi, l'individu évalué a des droits sur l'information que vous soumettez. Il peut, sur demande, avoir accès à son dossier et demander de corriger l'information inexacte.



	Excellent	Très bien	Bien	Moyen	Sous la moyenne	Ne peut le savoir
Autres						
Initiative						
Compétences en leadership						
Capacité de travailler en autonomie						
Ouverture d'esprit						

3. Veuillez ajouter tout autre commentaire qui nous aidera à évaluer les compétences du candidat et ses chances de réussir un stage en médecine aérospatiale.

PROTÉGÉ UNE FOIS REMPLI

Les mesures nécessaires ont été prises pour protéger la confidentialité des renseignements personnels que vous fournissez. Les renseignements sont recueillis en vertu de la Loi sur l'Agence spatiale canadienne et serviront à sélectionner les candidats au stage en médecine aérospatiale. Ils sont protégés en vertu de la Loi sur la protection des renseignements personnels et seront conservés dans le fichier de renseignements personnels du programme approprié. Selon la Loi, l'individu évalué a des droits sur l'information que vous soumettez. Il peut, sur demande, avoir accès à son dossier et demander de corriger l'information inexacte.



4. Veuillez donner votre appréciation globale du candidat.

Très forte recommandation

Recommandation

Recommandation avec des réserves

Nom de l'évaluateur :	
Poste/titre :	
Organisme :	
Adresse :	
Téléphone :	Télécopieur :
Signature de l'évaluateur :	Date :

Nous vous remercions de votre collaboration.

PROTÉGÉ UNE FOIS REMPLI

Les mesures nécessaires ont été prises pour protéger la confidentialité des renseignements personnels que vous fournissez. Les renseignements sont recueillis en vertu de la Loi sur l'Agence spatiale canadienne et serviront à sélectionner les candidats au stage en médecine aérospatiale. Ils sont protégés en vertu de la Loi sur la protection des renseignements personnels et seront conservés dans le fichier de renseignements personnels du programme approprié. Selon la Loi, l'individu évalué a des droits sur l'information que vous soumettez. Il peut, sur demande, avoir accès à son dossier et demander de corriger l'information inexacte.