MEDICAL COUNCIL OF CANADA | LE CONSEIL MÉDICAL DU CANADA

La Collaboration nationale en matière d'évaluation

# Formulaire d'attestation d'étudiant

Ce formulaire doit être rempli pour les ÉTUDIANTS INTERNATIONAUX EN MÉDECINE, les ÉTUDIANTS EN MÉDECINE AUX ÉTATS-UNIS ou les ÉTUDIANTS D'UNE FACULTÉ DE MÉDECINE OSTÉOPATHIQUE AUX ÉTATS-UNIS qui souhaitent s'inscrire à l'examen d'aptitude du Conseil médical du Canada (EACMC) ou à l'examen de la Collaboration nationale en matière d'évaluation.

- Ce formulaire doit être rempli par le DOYEN ou le REGISTRAIRE.
- Le doyen ou le registraire doit confirmer que l'étudiant répondra à toutes les exigences d'obtention du diplôme de médecine.

## Action requise :

- **Pour la faculté de médecine :**
  Veuillez fournir une copie du formulaire rempli au candidat. N'envoyez pas le formulaire directement au CMC.
- **Pour le candidat :**
  Assurez-vous que le formulaire est dûment rempli avant de faire une demande d'admission à un examen du CMC; vous devrez télécharger le formulaire rempli au moment de soumettre votre demande d'examen dans inscriptionmed.ca.

## Le présent formulaire atteste que :

**REMPLIR EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE OU TAPER**

_____ _____
PRÉNOM(S) DE L'ÉTUDIANT(E) NOM DE FAMILLE

est actuellement en condition de satisfaire à **toutes** les exigences d'obtention de son diplôme définitif de médecine et

d'obtenir le diplôme à la (aux) date(s) indiquée(s) ci-dessous à _____
NOM DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

_____ à _____
NOM DE L'UNIVERSITÉ VILLE / PAYS

Date à laquelle toutes les exigences d'obtention du diplôme devraient être satisfaites : __ __ __ __ __ __ __ __
AAAA / MM / JJ

Date prévue de l'obtention du diplôme de médecine : __ __ __ __ __ __ __ __
AAAA / MM / JJ

Attesté par : _____ _____
SIGNATURE DU DOYEN OU DU REGISTRAIRE NOM DU DOYEN OU DU REGISTRAIRE (EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE)

_____
TITRE

Date: __ __ __ __/__ __/__ __
AAAA / MM / JJ

SCEAU OU ÉTAMPE DE L'UNIVERSITÉ



**ADRESSE** 1021 PLACE THOMAS SPRATT
OTTAWA ON K1G 5L5 CANADA
MCC.CA