

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), partie I, 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	