



EXTERNAT EN TECHNOLOGIE MÉDICALE

FORMULAIRE D'ATTESTATION DE RÉUSSITE DE LA 2^E ANNÉE DE L'ÉTUDIANT(E) EN TECHNOLOGIE D'ANALYSES BIOMÉDICALES

Afin d'être admis(e) à l'externat en technologie médicale, l'étudiant(e) doit avoir réussi avec succès, depuis moins de dix-huit mois, tous les cours de sa 2^e année dans un programme d'études en technologie d'analyses biomédicales de l'un des onze cégeps québécois offrant ce programme, **ET ÊTRE INSCRIT(E) AU REGISTRE DES ÉTUDIANTS DE L'OPTMQ.** -- optmq.org/devenir-membre/etudiants/

L'étudiant(e) doit compléter les parties 1 et 2, faire compléter la partie 3 et la partie 4 (selon le cas), remettre une copie du formulaire (dûment signé) à l'employeur pour l'externat et ensuite faire parvenir l'original à l'Ordre professionnel des technologistes médicaux du Québec, 281 av. Laurier Est, Montréal (Québec) H2T 1G2.

PARTIE 1: À ÊTRE REMPLIE PAR L'ÉTUDIANT(E)

Nom: _____ Prénom: _____
(Nom et prénom en lettres moulées)

Adresse: _____ Ville: _____ Code Postal: _____

Numéro d'inscription étudiant(e) non membre: _____ Code permanent d'étudiant(e): _____

Téléphone: _____ Courriel: _____

2^e année complétée et réussie en date du _____

Établissement d'enseignement: _____

PARTIE 2: À ÊTRE REMPLIE PAR L'ÉTUDIANT(E)

Employeur, le Lieu physique, où l'externat à lieu: _____
(Nom précis de l'établissement (hôpital ou autres) et non pas le nom du CSSS)

Date de début de la formation initiale chez l'employeur: _____

PARTIE 3: À ÊTRE REMPLIE PAR UN RESPONSABLE DE L'INSTITUTION D'ENSEIGNEMENT (REGISTRAIRE)

Par la présente, je confirme que _____ est un(e) étudiant(e) au programme
(Nom et prénom de l'étudiant(e) en lettres moulées)

d'études en technologie d'analyses biomédicales de notre établissement et qu'il/elle a terminé avec succès tous les cours de sa deuxième année à la date mentionnée dans la **Partie 1**. Le code permanent inscrit est conforme au dossier de l'étudiant(e).

Nom du registraire du collège ou de la personne dûment mandatée pour remplir ce formulaire:

Nom: _____ Signature: _____ Date: _____

POUR EFFECTUER DES PRÉLÈVEMENTS VEINEUX

PARTIE 4: À ÊTRE REMPLIE PAR LE DIRECTEUR DU PROGRAMME D'ÉTUDES (OU LA PERSONNE DÛMENT MANDATÉE)

Par la présente, je confirme que _____ est un(e) étudiant(e) au programme
(Nom et prénom de l'étudiant(e) en lettres moulées)

d'études en technologie d'analyses biomédicales de notre établissement et qu'il/elle a acquis les compétences «**Intervenir auprès d'un client**» et «**Faire des prélèvements**» en date du _____

Nom du directeur du programme d'études du collège (OU LA PERSONNE DÛMENT MANDATÉE POUR REMPLIR CE FORMULAIRE)

Nom: _____ Signature: _____ Date: _____