Santé et Services sociaux Québec

FORMULAIRE DE DEMANDE INITIALE DE BOURSE ET DE RENOUVELLEMENT

DEMANDE DE BOURSE 2026-2027

Je désire faire une demande : ☐ **de renouvellement de bourse** ☐ **initiale de bourse**

☐ **CATÉGORIE « A »** : année d'obtention du permis d'exercice — R2 en médecine de famille
☐ **CATÉGORIE « B »** : année qui précède l'obtention du permis — R1 en médecine de famille
☐ **CATÉGORIE « C »** : année d'obtention du diplôme – étudiant(e) en médecine
☐ **CATÉGORIE « D »** : année qui précède l'année d'obtention du diplôme – étudiant(e) en médecine

Je compte être inscrit(e) à la catégorie cochée ci-haut à la faculté de médecine de l'université : 2026-2027

SECTION DU CANDIDAT

NOM :	**SEXE :**	☐ **H**	☐ **F**
PRÉNOM :	**AVEZ-VOUS LA CITOYENNETÉ CANADIENNE?**	☐ **Oui**	☐ **Non**
LIEU DE NAISSANCE :	**AVEZ-VOUS REÇU LE STATUT D'IMMIGRANT?**	☐ **Oui**	☐ **Non**
DATE DE NAISSANCE (aaaa-mm-jj) :	**SI OUI, VEUILLEZ INDIQUER L'ANNÉE :**		
LIEU DE NAISSANCE DU CONJOINT (s'il y a lieu) :	**QUELLE EST VOTRE LANGUE COURANTE :**		
PROFESSION DU CONJOINT (s'il y a lieu) :	**SI VOTRE LANGUE COURANTE N'EST PAS LE FRANÇAIS, AVEZ-VOUS UNE BONNE CONNAISSANCE DE LA LANGUE FRANÇAISE?** **Parlée :**	☐ **Oui**	☐ **Non**
NOMBRE D'ENFANTS (s'il y a lieu) :	**Écrite :**	☐ **Oui**	☐ **Non**
NO. D'ASSURANCE SOCIALE :			

ADRESSE PERMANENTE

Numéro **Rue** **Appartement** **Code postal** **Ville**

Province **No. de téléphone** **No. de cellulaire** **Adresse électronique**

ADRESSE DURANT VOS ÉTUDES

Numéro **Rue** **Appartement**

Code postal **Ville** **Province**

ÉTUDES

NOM DE L'INSTITUTION OÙ VOUS AVEZ FAIT VOS ÉTUDES COLLÉGIALES :

VILLE OÙ VOUS AVEZ FAIT VOS ÉTUDES COLLÉGIALES :

ÉTIEZ-VOUS AUX ÉTUDES DURANT L'ANNÉE 2025-2026? ☐ **Oui** **Université :** **Niveau d'études :**
☐ **Non** **Si non, précisez pourquoi :**

DATE D'OBTENTION DU DIPLÔME DE DOCTEUR EN MÉDECINE (aaaa-mm) :

Veuillez exprimer brièvement les motifs qui suscitent votre intérêt à une pratique médicale en région éloignée ou isolée. Pour connaître les régions éloignées et isolées, consultez le site Web du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) à l'adresse suivante : www.msss.gouv.qc.ca/enregion

À L'INTENTION DE TOUS LES CANDIDATS

FAIT À : **LE :**

VILLE **DATE** **SIGNATURE DU CANDIDAT (E)**

IMPORTANT

Joindre les documents suivants à ce formulaire et transmettre le tout par courriel à l'adresse courriel : bourse.msss@msss.gouv.qc.ca au plus tard le 31 mai précédant l'année universitaire pour laquelle la bourse est demandée :

1. Le formulaire d'engagement complété et signé aux deux endroits prévus;
2. Le relevé officiel et à jour du dossier académique ou, s'il n'est pas encore disponible, transmettre le plus récent (uniquement pour la demande initiale);
3. Copie des fiches d'évaluation les plus récentes des stages cliniques ou de résidence;
4. Lettre de recommandation du représentant du doyen de la faculté. Pour les résidents, une lettre de recommandation du directeur de stages ou de son représentant (uniquement pour la demande initiale);
5. Une lettre appuyant votre demande de bourse d'un des représentants des régions SARROS (uniquement pour la bourse de catégorie « A »).

Si la bourse vous est accordée, la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) en fera le paiement en deux versements égaux en septembre et janvier de l'année universitaire en cours.

Paiement des bourses d'études
Régie de l'assurance maladie du Québec
7e étage courrier Q-072
Québec (Québec)
G1S 1E7
Règlement_autres.modes@ramq.gouv.qc.ca

Veuillez faire parvenir à la RAMQ et au MSSS, dans les 30 jours, tout changement d'adresse de votre domicile.