

Étudiant(e) infirmière praticienne spécialisée  
Formulaire 1

Identification	
Nom :	Prénom :
Adresse :	Numéro OIIQ :
Ville :	Province :
Code postal :	Adresse courriel personnelle (non universitaire ou institutionnelle) :
Téléphone :	

**Déclaration d'engagement à fournir des services**

Je, soussigné(e), \_\_\_\_\_ déclare faire une demande de bourse d'études offerte par le ministère de la Santé et des Services sociaux pour la formation d'infirmière praticienne spécialisée en \_\_\_\_\_, pour l'année débutant le \_\_\_\_\_ ce qui constitue le début de mon programme d'études à l'Université (maison d'enseignement) \_\_\_\_\_.

En recevant la bourse, je m'engage à réussir mon programme universitaire et à fournir, au terme de ma formation, trois (3) années de service (équivalent à 4 725 heures travaillées auprès de la clientèle) dans un établissement ciblé du réseau de la santé et des services sociaux.

Si j'abandonne mes études ou si je manque à mon engagement, je m'engage à rembourser au ministère de la Santé et des Services sociaux le montant total de la bourse ou la partie de ce montant calculée proportionnellement au temps où je n'aurai pas fourni les services auprès de l'établissement qui m'engage. Ce remboursement sera fait conformément aux modalités d'applications prévues au Programme de bourse d'études pour le programme d'infirmière praticienne spécialisée et à partir de la date de l'abandon ou du manquement à mon engagement.

**Autorisation pour l'échange de renseignements**

J'autorise le ministère de la Santé et des Services sociaux, les établissements du réseau de la santé et des services sociaux concernés, l'université et l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec à s'échanger mutuellement les renseignements qui me concernent et dont la communication est nécessaire à l'évaluation, à l'application et au respect de cet engagement.

**Changement d'adresse**

Je m'engage à aviser le ministère de la Santé et des Services sociaux dans les 30 jours de tout changement d'adresse de ma résidence, de numéro de téléphone ainsi que d'adresse courriel, et ce, depuis la signature des présentes jusqu'à la fin de mon engagement.

Signé à (ville) \_\_\_\_\_, le (date) \_\_\_\_\_

Signature de l'étudiant(e) : \_\_\_\_\_

**Section réservée à un représentant du MSSS**

Signé à (ville) \_\_\_\_\_, le (date) \_\_\_\_\_

Signature du représentant (MSSS) autorisé : \_\_\_\_\_

La demande d'adhésion doit être **remplie électroniquement et accompagnée** d'une attestation d'admission au programme d'infirmière praticienne spécialisée, d'une attestation d'inscription par l'université, du formulaire d'inscription ou de modification au dépôt direct et à l'avis de paiement électronique ainsi que d'un spécimen de chèque en format PDF (voir le *Programme de bourse d'études*). Acheminer le tout à : [Bourses\\_IPS@msss.gouv.qc.ca](mailto:Bourses_IPS@msss.gouv.qc.ca)