

ATTESTATION D’AFFILIATION A LEUR REGIME DE SECURITE SOCIALE  
DES ETUDIANTS PARTICIPANT A DES STAGES NON REMUNERES  
DANS LE CADRE DE LEURS ETUDES

Art. 4.4 du protocole – Art. 4.1 de l’arrangement administratif

**1. Personne assurée**

.....	.....	.....
Nom	Prénom(s)	Nom à la naissance
.....	.....	.....
Date de naissance	Lieu de naissance	Nationalité
.....	.....	.....
Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		
Adresse en France : .....		
.....		
Adresse au Québec : .....		
.....		
N° d’immatriculation France *		N° d’assurance maladie (Québec)
.....		.....

\* Si le stagiaire est ayant droit, numéro d’immatriculation de l’ouvrant droit.

**2. Ayants droit ou personnes à charge accompagnant la personne assurée**

Nom	Prénom (s)	Date de naissance	Sexe	Lien avec la personne assurée	N° d’assurance maladie (Québec)
.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....

### 3. A compléter par l'établissement d'enseignement de rattachement

Je certifie que la personne identifiée au cadre 1 effectue un stage obligatoire non rémunéré dans le cadre de son programme d'études du ..... au .....

*(Indiquer la période effective du stage à l'exclusion de toute période antérieure ou postérieure de séjour).*

Établissement où se déroule le stage :

nom ou raison sociale : .....

adresse : .....

Dénomination de l'établissement d'enseignement de rattachement : .....

.....

Date : ..... Cachet

Signature autorisée de l'établissement d'enseignement de rattachement

### 4. Compléter par l'organisme qui délivre l'attestation

L'organisme signataire ci-dessous atteste que la personne identifiée au cadre 1 demeure affiliée :

à un régime français de sécurité sociale

au régime québécois d'assurance maladie

et, qu'à ce titre, elle bénéficie ainsi que ses ayants droit ou personnes à charge qui l'accompagnent, des prestations de l'assurance maladie et de l'assurance hospitalisation ou des prestations en nature d'assurance maladie maternité servies par l'institution du lieu de stage pour le compte de l'institution d'affiliation, pour la période :

du ..... au .....

*(soit jusqu'à une semaine avant le début et 15 jours après la fin du stage)*

Dénomination de l'organisme : .....

Adresse : .....

.....

Cachet

.....

Date Signature

## 5. Protection accidents du travail et maladies professionnelles

La personne identifiée au cadre 1 bénéficie de la protection contre le risque accidents du travail et maladies professionnelles pour la durée du stage non rémunéré visé au cadre 3.

Pour les stagiaires en provenance de France, préciser l'organisme les garantissant contre le risque accidents du travail et maladies professionnelles :

Dénomination : .....

Adresse : .....

.....

Pour les stagiaires en provenance du Québec, l'organisme d'affiliation est :

La commission de la santé et de la sécurité du travail, secrétariat général, case postale 6056, succursale centre-ville, Montréal (Québec), H3C 4E1, télécopieur : (514) 873-7007.

## INSTRUCTIONS

### **Stage en France**

Si le stagiaire en France ou une personne à sa charge qui l'accompagne doit recevoir des soins de santé, il demande le remboursement des frais engagés à la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) française du lieu de séjour en présentant cette attestation. Ces soins sont alors remboursés dans la limite du tarif de responsabilité de la CPAM. Pour la période durant laquelle le stagiaire et ses personnes à charge bénéficient de la protection du régime français, il ne leur est pas possible de réclamer à la Régie de l'assurance maladie du Québec un remboursement partiel ou total des frais engagés.

En cas d'accident du travail, le stagiaire s'adresse également à la CPAM pour demander le remboursement des frais engagés, en indiquant les circonstances de l'accident afin que la déclaration soit transmise à la CSST.

### **Stage au Québec**

Pour obtenir une carte d'assurance maladie du Québec pour lui-même et pour chacun des ayants droit qui l'accompagne, le stagiaire au Québec doit en faire la demande à la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) à l'aide du formulaire d'inscription prévu à cet effet en y joignant la présente attestation. Cette carte ouvre droit au bénéfice de l'assurance maladie et de l'assurance hospitalisation du Québec.

En cas d'accident du travail au Québec, le stagiaire peut adresser sa réclamation à la commission de la santé et de la sécurité du travail, qui la transmettra à la CPAM compétente.