

**ATTESTATION D'AFFILIATION À LEUR RÉGIME DE SÉCURITÉ SOCIALE DES PERSONNES EFFECTUANT
UN STAGE NON RÉMUNÉRÉ DANS LE CADRE DE LA COOPÉRATION FRANCO-QUÉBÉCOISE**

Art. 8 du Protocole – Art. 9.1 de l'Arrangement administratif

1. Stagiaire

Nom _____ Prénoms _____

Nom à la naissance (si différent) _____ Lieu de naissance _____

Date de naissance _____ Sexe M F Courriel _____

Adresse en France _____

Adresse au Québec _____

Numéro d'immatriculation (France)* _____ Numéro d'assurance maladie (Québec) _____

* Si le stagiaire est membre de la famille d'un assuré, inscrire le numéro d'immatriculation de l'assuré.

**2. À remplir par l'Office franco-québécois pour la jeunesse (OFQJ)
ou par le ministère des Relations internationales et de la Francophonie (MRIF)**

Je certifie que le stagiaire

- a) effectue un stage en milieu de travail non obligatoire dans le cadre de son programme d'études
- b) effectue un stage en milieu de travail dans le cadre d'un programme d'insertion professionnelle
- c) effectue un stage ou un séjour d'apprentissage dans le cadre de la programmation de la Commission permanente de coopération franco-québécoise

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

Nom et adresse de l'entreprise ou organisme d'accueil : _____

Date _____ Signature autorisée de l'OFQJ ou du MRIF _____

CACHET de l'OFQJ :
(si la case a) ou b) est cochée)CACHET du MRIF :
(si la case c) est cochée)**3. À remplir par l'organisme qui délivre l'attestation**

L'organisme identifié ci-dessous atteste que le stagiaire demeure affilié :

 à un régime français de sécurité sociale au régime québécois d'assurance maladie

et, qu'à ce titre, cette personne bénéficie 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 territoire de séjour 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, compte tenu des dates de séjour sur le territoire)

Dénomination de l'organisme : _____

Adresse : _____

Date _____ Signature de la personne qui représente l'organisme désigné _____

CACHET

INSTRUCTIONS

Le formulaire doit être rempli en caractères d'imprimerie. Aucune page ne peut être supprimée.

STAGE EN FRANCE

Dans l'éventualité où le stagiaire en France doit recevoir des soins de santé, il demande le remboursement des frais engagés à la Caisse primaire d'assurance maladie française (CPAM) du lieu de sa résidence en présentant cette attestation.

Les soins de santé reçus en France sont alors remboursés dans la limite du tarif de responsabilité de la CPAM française. Pour plus de précisions veuillez consulter le site de l'assurance maladie française (www.ameli.fr). Pour la période durant laquelle le stagiaire bénéficie de la protection du régime français, il ne lui est pas possible de réclamer à la Régie de l'assurance maladie du Québec un remboursement partiel ou total des frais engagés en France.

STAGE AU QUÉBEC

Pour obtenir une carte d'assurance maladie, le stagiaire au Québec doit en faire la demande à la Régie de l'assurance maladie du Québec à l'aide du formulaire d'inscription prévu à cet effet en y joignant :

- la présente attestation;
- l'original de l'autorisation de séjour délivrée par les autorités canadiennes de l'immigration.

Cette carte ouvre droit au bénéfice de l'assurance maladie et de l'assurance hospitalisation du Québec.

Pour connaître les modalités de fonctionnement ainsi que les moyens de communication pour s'inscrire au régime d'assurance maladie du Québec, veuillez consulter le site Internet de la Régie à l'adresse suivante : www.ramq.gouv.qc.ca ou téléphoner à l'un des numéros suivants :

à Québec : 418 646-4636

à Montréal : 514 864-3411

ailleurs au Québec (sans frais) : 1 800 561-9749