



**Infirmières et Infirmiers Sans Frontières (IISF)**  
Nurses Without Borders (NWB) | Enfermeras y Enfermeros Sin Fronteras (EESF)

NOM DU PROJET :

---

Ville ou institution – pays d'accueil – mois/année du projet  
(exemple : Institution d'enseignement\_Pays où se déroulera la mission\_Mois \_Année)

## Formulaire allégé

### Demande de réservation de milieu de stage

**Pour un groupe dont l'Institution détient une Entente Cadre de Collaboration de 5 ans avec IISF et qui a déjà rempli le formulaire complet la première année suivant l'Entente.**



Remettre à :  
Coordonnateur aux projets internationaux  
IISF

[info@IISF.ca](mailto:info@IISF.ca)  
[soutien@IISF.ca](mailto:soutien@IISF.ca)



**Infirmières et Infirmiers Sans Frontières (IISF)**  
Nurses Without Borders (NWB) | Enfermeras y Enfermeros Sin Fronteras (EESF)

Infirmières et Infirmiers Sans Frontières (IISF) est très heureux de l'intérêt que vous portez à la réalisation d'un projet à caractère humanitaire.

Voici quelques informations préliminaires qui pourront vous aider à remplir ce formulaire allégé si votre Institution ou Groupe bénéficie d'une Entente Cadre de Collaboration de 5 ans avec IISF et si vous avez déjà complété le formulaire complet la première année.

**Formation préparatoire de IISF : RAPPEL**

IISF offre une formation préparatoire **obligatoire** pour tous les membres participant à un « Services IISF ». Les groupes bénéficiant du service de soutien-conseil sont invités à y participer. Lors de la formation, d'importants thèmes seront abordés : logistique terrain, présentation des milieux cliniques, encadrement pédagogique des étudiants, gestion de groupe, pathologies tropicales, vaccination-voyage, tourisme responsable, approche culturelle, atelier points de suture, etc.

La formation se donnera sur 2 jours et demi (vendredi PM, samedi, dimanche) au début d'octobre dans les Laurentides. Tous les groupes concernés seront avisés par courriel des détails de la formation. Des frais d'environ 300\$ par personne seront demandés pour l'hébergement et les repas.



**Infirmières et Infirmiers Sans Frontières (IISF)**  
Nurses Without Borders (NWB) | Enfermeras y Enfermeros Sin Fronteras (EESF)

### Procédures pour la demande de soutien :

1. Constituer un dossier complet qui inclut tous les documents suivants :
  - ✓ Formulaire ci-joint :
    - Identification du demandeur;
    - Identification des responsables de projet; (si différent);
    - Identification et coordonnées de la personne au compte recevable (qui va payer les factures émises par IISF);
    - Identification de tous les coopérants au projet; (si inconnu indiquer le nombre de coopérants et les « noms à venir » maximum 2 mois avant la formation pré départ offert par IISF.)
    - Identification de l'organisme receveur du projet si autre que les milieux cliniques de IISF;
    - Une copie à jour du curriculum vitae de la responsable du projet afin qu'IISF puisse évaluer le niveau de supervision;
    - Une copie du droit d'exercice professionnel de la responsable du projet (lorsque pertinent);
    - S'assurer que tous les coopérants soient membres de IISF.
2. Remettre votre demande par courriel au coordonnateur des projets internationaux : [soutien@iisf.ca](mailto:soutien@iisf.ca) et [info@iisf.ca](mailto:info@iisf.ca)
3. Après avoir envoyé votre dossier, un accusé réception vous sera transmis par courriel dans les jours suivants.
4. Utilisation du logo : IISF vous incite à utiliser son logo pour vos démarches de financement. Cependant, le logo doit être complet et non modifié.
5. À votre retour, il est essentiel de faire parvenir par courriel à la responsable du soutien-conseil :
  - Formulaire de satisfaction (voir à la fin de ce document);
  - Court rapport d'activités qui sera introduit dans le rapport annuel;
  - Formulaire de cession des droits pour les photos fournies (voir à la fin de ce document).
6. Conformément à sa charte et à son engagement face à la charte des donateurs, IISF a l'obligation morale et légale de s'assurer que le projet est à caractère humanitaire lors de son admission au processus de soutien, que le projet dûment soutenu a vraiment eu lieu et d'assurer une saine gestion en regard de l'émission des reçus suite à l'encaissement des dons.  
  
Dans le cas d'abandon du projet, d'annulation ou d'un surplus d'argent :
  - Le responsable du groupe devra orienter les dons à une cause humanitaire similaire;
  - L'organisme qui recevra le don devra être un organisme dûment enregistré auprès de l'Agence du revenu du Canada;



**Infirmières et Infirmiers Sans Frontières (IISF)**  
Nurses Without Borders (NWB) | Enfermeras y Enfermeros Sin Fronteras (EESF)

- IISF pourra suggérer l'orientation du don vers des projets soutenus par IISF ou d'autres projets tels que la Maison du coopérant humanitaire, le Fonds de formation en santé, le Fonds d'urgence pour les enfants, etc.;
  - IISF appliquera ses frais de gestion habituels.
7. **Avis important concernant les dons de médicaments et de matériel médical.** Conformément à sa charte, IISF a l'obligation morale de respecter les Principes directeurs applicables aux dons de médicaments émis par l'Organisation Mondiale de la Santé de même que les politiques nationales concernant les dons humanitaires. Ainsi, tous les dons de médicaments et de matériel médical doivent respecter la procédure de IISF (voir sur le site web [www.iisf.ca](http://www.iisf.ca) Liens utiles).
8. Si au moment de réserver votre milieu de stage avec IISF certaines informations sont indisponibles, inscrire dans le formulaire « à venir ». Le document doit être complet et final 2 mois avant la formation pré départ offert par IISF.



**Infirmières et Infirmiers Sans Frontières (IISF)**  
Nurses Without Borders (NWB) | Enfermeras y Enfermeros Sin Fronteras (EESF)

Identification du **demandeur\*** (personne qui agit comme trésorier du groupe)

(écrire lisiblement)

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Téléphone bureau : ( ) \_\_\_\_\_

Téléphone résidence : ( ) \_\_\_\_\_

Cellulaire : ( ) \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_

Vous présentez une demande à IISF à quel niveau? (cochez la case appropriée)

- Services IISF dans un pays sous entente (dépôt équivalent à 50\$ par personne\*\*)   
 ✓ Spécifié votre préférence : \_\_\_\_\_

- Soutien-conseil (frais d'ouverture de dossier, montant équivalent à 25\$ par personne\*\*\*) → Remplir la fiche de soutien-conseil.

Prix estimé du billet d'avion : \_\_\_\_\_

Dates du projet : \_\_\_\_\_

Nombre de jours du projet : \_\_\_\_\_ (du départ au retour au pays d'origine)

\* Le demandeur (par exemple le trésorier du groupe ou le responsable du groupe, une enseignant, un professeur) du projet est la personne désignée qui recevra, le cas échéant, les argents amassés au nom de votre projet.

\*\* Ce montant est non-remboursable **mais** sera déduit du montant total de la facture finale du groupe. À partir de la réception de ce montant, IISF pourra confirmer officiellement le milieu clinique. Ce montant doit être versé en 1 seul chèque pour le groupe, par le demandeur, libellez le chèque au nom de IISF.

\*\*\* Ce montant est non-remboursable. IISF offrira au groupe le service de soutien-conseil ainsi que la gestion des dons et reçus aux fins d'impôt pour le projet. À partir de la réception de ce montant, IISF pourra confirmer officiellement le milieu clinique. Ce montant doit être versé en 1 seul chèque pour le groupe, par le demandeur, libellez le chèque au nom de IISF.



**Infirmières et Infirmiers Sans Frontières (IISF)**  
Nurses Without Borders (NWB) | Enfermeras y Enfermeros Sin Fronteras (EESF)

**Identification des responsables de projet\* (si différent)**

*(écrire lisiblement)*

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Lieu de travail : \_\_\_\_\_

Fonction : \_\_\_\_\_

Profession : \_\_\_\_\_

Numéro de licence professionnelle (fournir la preuve) : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Téléphone bureau : ( ) \_\_\_\_\_

Téléphone résidence : ( ) \_\_\_\_\_

Cellulaire : ( ) \_\_\_\_\_

Télécopieur : ( ) \_\_\_\_\_

Courriel: \_\_\_\_\_

Fournir un curriculum vitae

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Lieu de travail : \_\_\_\_\_

Fonction : \_\_\_\_\_

Profession : \_\_\_\_\_

Numéro de licence professionnelle (fournir la preuve) : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Téléphone bureau : ( ) \_\_\_\_\_

Téléphone résidence : ( ) \_\_\_\_\_

Cellulaire : ( ) \_\_\_\_\_

Télécopieur : ( ) \_\_\_\_\_

Courriel: \_\_\_\_\_

Fournir un curriculum vitae

\*La personne responsable du projet, peut-être, un enseignant, un professeur ou toute autre personne répondant au nom du groupe, elle peut être la même personne qui est responsable de la demande (le demandeur).



**Infirmières et Infirmiers Sans Frontières (IISF)**  
Nurses Without Borders (NWB) | Enfermeras y Enfermeros Sin Fronteras (EESF)

**Identification de la personne aux comptes recevables\***

*(écrire lisiblement)*

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Lieu de travail :

\_\_\_\_\_

Fonction :

\_\_\_\_\_

Adresse :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Téléphone bureau : (    ) \_\_\_\_\_

Télécopieur :        (    ) \_\_\_\_\_

Courriel:

\_\_\_\_\_

\*La personne aux comptes recevables, est la personne qui est responsable de payer les factures émises par IISF.



**Infirmières et Infirmiers Sans Frontières (IISF)**  
Nurses Without Borders (NWB) | Enfermeras y Enfermeros Sin Fronteras (EESF)

## Exemplaire d'un chèque

Afin de faciliter le retour des argents amassés à titre de dons dirigé à votre projet et la rapidité des demandes de versements à votre compte, s'il vous plaît, veuillez nous fournir une copie d'un spécimen de chèque :

*Apposer le spécimen de chèque*





**Infirmières et Infirmiers Sans Frontières (IISF)**  
Nurses Without Borders (NWB) | Enfermeras y Enfermeros Sin Fronteras (EESF)

**Identification des coopérants**

(écrire lisiblement) (Veuillez photocopier cette page au besoin)

<b>Prénom et NOM</b>	<b>Titre professionnel Ét. Inf., Inf., Md, etc.</b>	<b>Langue parlée, écrite, lue Français, Anglais, Espagnol <i>Exemple : F = PÉL, Anglais = PL, Espagnol = P</i></b>	<b>Téléphone</b>	<b>Courriel</b>



**Infirmières et Infirmiers Sans Frontières (IISF)**  
 Nurses Without Borders (NWB) | Enfermeras y Enfermeros Sin Fronteras (EESF)

Prénom et NOM	Titre professionnel Ét. Inf., Inf., Md, etc.	Langue parlée, écrite, lue Français, Anglais, Espagnol <i>Exemple : F = PÉL, Anglais = PL, Espagnol = P</i>	Téléphone	Courriel