



FORMULAIRE DE DEMANDE D'ACCRÉDITATION POUR FORMATEUR – FORMATION CONTINUE

FORMATEUR

Nom, prénom :

Adresse :

Téléphone :

Site web :

Courriel :

Êtes-vous membre de notre
réseau (ANPQ, ANQ, RMQ) ?

☐ Non

☐ Oui inscrivez votre numéro
de membre

Y-a-t-il un prérequis pour suivre
cette formation continue ?

☐ Non

☐ Oui (précisez)

Cette activité de formation continue
sera proposée aux :

☐ Membres de l'ANPQ

☐ Membres de l'ANQ

☐ Membres du RMQ

La formation
totalise _____ heures et
sera présenté :

☐ En classe

☐ En ligne (webinaire)

Titre de la formation continue et description générale

Objectif visé par l'activité de formation continue

Compétences du formateur et expérience

Compétences/formation

Expérience

ENVOI DE LA DEMANDE

Vous devez joindre **la copie de vos diplômes pertinents**
au présent formulaire ainsi que votre paiement, le cas échéant.

Des frais de 15.00\$ (membre) ou 25.00\$ (non-membre) sont
exigés et payables par chèque ou par carte de crédit (téléphone).

Pour transmettre votre demande, **deux options sont possibles :**

1. Par courriel : m.paradis@collectifsante.ca

Indiquez dans l'objet : Demande pour formateur FC

2. Par la poste :

819 Rue Saint François Xavier, Terrebonne, QC J6W 1H1

Att. : Comité d'admission/Formateur FC

SECTION RÉSERVÉE À L'ADMINISTRATION

*Je reconnais que les informations
fournies sont exactes.*

DATE DE RÉCEPTION :

Signature :

DATE DE L'INSCRIPTION :

Date :