

FORMULAIRE DE DEMANDE DE FORMATION

À remplir par l'employé et le gestionnaire

POUR LES SECTEURS & TITRES PROFESSIONNELS DÉFINIS ET AUTORISÉS PAR LA DIRECTION DES SERVICES MULTIDISCIPLINAIRES, DE LA SANTÉ MENTALE ET DE LA RÉADAPTATION (DSM-SM-R)
(incluant les titres professionnels relevant du code budgétaire de formation 988)

SECTION A – À COMPLÉTER PAR L'EMPLOYÉ



IDENTIFICATION DE L'EMPLOYÉ

Prénom : _____ # d'employé : _____

Nom : _____

Titre d'emploi : _____

Site (CRME ou HSJ) : _____ Secteur d'activité : _____

Supérieur immédiat : _____

Direction rattachée : _____



INFORMATION SUR L'ACTIVITÉ DE FORMATION

Québec Hors-Québec*

*Pour un voyage Hors-Québec :
Remplir et joindre l'Annexe I

Type de formation (**cochez**) : *

<input type="checkbox"/> Formation formelle <i>en présentiel</i>	<input type="checkbox"/> Formation <i>en ligne</i>
<input type="checkbox"/> Colloque <i>en présentiel</i> (englobe plusieurs professionnels autour d'une problématique)	<input type="checkbox"/> Colloque <i>en ligne</i> (englobe plusieurs professionnels autour d'une problématique)
<input type="checkbox"/> Congrès <i>en présentiel</i> (englobe plusieurs thématiques pour une profession)	<input type="checkbox"/> Congrès <i>en ligne</i> (englobe plusieurs thématiques pour une profession)
<input type="checkbox"/> Formation en visioconférence (webinaire)	Autre (<i>précisez</i>) :

Titre de la formation : _____

Ressource pédagogique (formateur/organisation) : _____

Date(s) (AAAA / MM / JJ) : _____ Date limite d'inscription (*en ligne*) (AAAA / MM / JJ) : _____

Horaire de l'activité – De : _____ À : _____ Nombre d'heures de formation accréditées : _____

Lieu de la formation : _____

Êtes-vous formateur / présentateur invité à cette activité de formation ? Oui Non

Estimation des frais reliés à l'activité de formation

<input type="checkbox"/> Frais d'inscription (\$):	<input type="checkbox"/> Frais d'hébergement (\$):
<input type="checkbox"/> Frais de repas (\$):	<input type="checkbox"/> Frais de déplacement (\$):
<input type="checkbox"/> Frais de stationnement (\$):	<input type="checkbox"/> Nombre d'heures sur le temps travaillé (h):
<input type="checkbox"/> Divers (\$):	

Informations complémentaires (ex. si la formation se déroule sur plusieurs jours, indiquez les dates dans cette section) : _____

FORMULAIRE DE DEMANDE DE FORMATION

À remplir par l'employé

Pertinence de l'activité de formation

Veillez expliquer comment cette formation s'arrime avec vos objectifs de développement professionnel. Expliquer brièvement comment celle-ci améliorera votre pratique professionnelle, est enlignée avec vos objectifs professionnels, les exigences de votre ordre professionnel ou le développement de compétence attendu. Est-ce que la formation est donnée ou approuvée par un organisme reconnu ou est supportée par la littérature appropriée ? Si oui, décrivez.

Veillez citer le(s) moyen(s) que vous préconiserez pour favoriser un transfert de connaissances à la fin de votre activité de formation.

Signature de l'employé :

Date (AAAA / MM / JJ) :

Documents justificatifs à annexer par le professionnel de la santé pour la section A

<input type="checkbox"/> Dépliant de la formation	<input type="checkbox"/> Programmation de la formation (si disponible)
<input type="checkbox"/> Fiche d'inscription	<input type="checkbox"/> Plan de cours
<input type="checkbox"/> Soumission des frais reliés à la formation	<input type="checkbox"/> Confirmation de présentation

FORMULAIRE DE DEMANDE DE FORMATION

À remplir par l'employé et le gestionnaire

SECTION B – À COMPLÉTER PAR LE CHEF PROFESSIONNEL OU GESTIONNAIRE DE FORMATION

N.B. Si l'employé n'a pas de chef professionnel : le chef de service (ayant la légitimité d'approuver la demande de formation basé sur la pertinence clinique) remplit la section B

Demande de formation – Évaluation de la pertinence clinique

Demande acceptée Demande refusée

Motif du refus :

Nom, Prénom du gestionnaire professionnel

Signature du gestionnaire professionnel

Date (AAAA / MM / JJ) :

SECTION C – À COMPLÉTER PAR LE CHEF DE SERVICE (GESTIONNAIRE IMMÉDIAT)

Demande de formation - Libération de l'employé

Demande acceptée - Je recommande la participation de mon employé à cette activité de formation. Il est de ma responsabilité d'assurer l'aménagement de l'horaire de mon employé et de veiller à son remplacement si requis.

Nb d'heures libérées

Budget de service

Avec solde

Nb d'heures

Sans solde

Nb d'heures

Remplacement demandé : Oui Non

Code d'imputation salarial

Demande refusée

Motif du refus :

Nom, Prénom du gestionnaire immédiat

Signature du gestionnaire immédiat

Date (AAAA / MM / JJ) :

SECTION D – À COMPLÉTER PAR LE RESPONSABLE DU BUDGET DE FORMATION

N.B. : Si l'employé a un chef professionnel → le chef professionnel remplit la section D

Si l'employé n'a pas de chef professionnel → la direction DSM-SM-R (responsable du budget de formation) remplit la section D

Demande de formation – Autorisation du paiement de la formation et frais associés

Demande acceptée Demande refusée

Motif du refus :

Code(s) budgétaire(s)

Budget de formation / Fond académique / Autre (ex : bourse) :

Code d'imputation budgétaire (pour suivi) :

Frais admissibles autorisés reliés à l'activité de formation

Frais d'inscription (\$) :

Frais d'hébergement (\$) :

Frais de repas (\$) :

Frais de déplacement (\$) :

Kilométrage (\$) :

Frais de stationnement (\$) :

Frais de représentation (\$) :

Divers (\$) :

Informations complémentaires :

Nom, Prénom du gestionnaire avec imputabilité du budget

Signature du gestionnaire avec imputabilité du budget

Date (AAAA / MM / JJ) :

FORMULAIRE DE DEMANDE DE FORMATION

À remplir par l'employé et le gestionnaire

ANNEXE I - FORMULAIRE D'AUTORISATION DE LA HAUTE DIRECTION POUR UN VOYAGE À L'EXTÉRIEUR DU QUÉBEC

Pour toute demande de formation impliquant un voyage Hors-Québec, le document ci-présent « *Formulaire d'autorisation pour voyage à l'extérieur du Québec* » détaillant les frais doit avoir été complété avant l'activité et préalablement autorisé par la haute direction. Une fois approuvées, les dépenses peuvent être remboursées selon les frais réels et raisonnables, sur présentation de pièces justificatives. Pour plus de détails, veuillez vous référer à la [Politique Gestion des dépenses de fonction et de formation \(POL 542-10\)](#).

SECTION A	SECTION À COMPLÉTER PAR L'EMPLOYÉ					
	Nom :		N° employé :			
	Titre d'emploi :					
	Unité administrative :					
	Titre de la formation :					
	Formateur ou organisme :					
	Date(s) :		Horaire :			
	Lieu :		Nombre d'heures de formation :			
	Frais d'inscription :		Autres frais :			
	Frais de repas	<input type="checkbox"/>	\$	Frais d'hébergement	<input type="checkbox"/>	\$
	Frais divers	<input type="checkbox"/>	\$	Frais de transport	<input type="checkbox"/>	\$
	Pertinence de l'activité :					
	Signature :			Date :		

SECTION B	SECTION À COMPLÉTER PAR LE SUPÉRIEUR IMMÉDIAT		
	Demande acceptée <input type="checkbox"/>	Motif :	
	Signature du supérieur immédiat :		Date :

SECTION C	SECTION À COMPLÉTER PAR LE DIRECTEUR ET LE PDG		
	Signature directeur : <i>(Si aucune signature à la section précédente)</i>		Date :
	Signature du président-directeur général (PDG) :		Date :

Note : Une copie de ce document doit être annexée avec chaque demande de remboursement concernant cette activité.