

Centre de Simulation Mère-Enfant - CSME

Direction de l'enseignement
CHU Sainte-Justine
3175, Chemin Côte-Sainte-Catherine
6e étage bloc 9, pièce 6971
Montréal (Québec) H3T 1C5
514-345-7748



Présences à une activité de formation

Section réservée : à compléter par le formateur principal S.V.P.!

Titre :		Date :	
Nom du formateur :		Signature :	
Lieu de la formation (local) :		Durée totale :	
De :		À :	
Veuillez indiquer combien de temps est alloué à une activité d'apprentissage collectif agréée (Section 1) : _____			
Veuillez indiquer combien de temps est alloué à de l'autoapprentissage (Section 2) : _____			
Veuillez indiquer combien de temps est alloué au programme d'autoévaluation (Section 3) : _____			
Veuillez indiquer combien de temps est alloué à l'activité de simulation (Section 3) : _____			
Type d'activité : (✓)	Veuillez faire un choix parmi les 3 suivants : Enseignement <input type="checkbox"/> Évaluation <input type="checkbox"/> Recherche <input type="checkbox"/>		
	Veuillez faire un choix parmi les 3 suivants : Pré-gradué <input type="checkbox"/> Post-gradué <input type="checkbox"/> DPC <input type="checkbox"/>		

Section réservée : à compléter seulement par les collaborateurs et les assistants du formateur principal S.V.P.!

NOM, PRÉNOM	SIGNATURE	TITRE D'EMPLOI
01 -		
02 -		
03 -		
04 -		
05 -		
06 -		
07 -		
08 -		
09 -		
10 -		

Section réservée : à compléter seulement par les participants et les observateurs S.V.P.!

VEUILLEZ ÉCRIRE LISIBLEMENT S.V.P. ! – SANS QUOI VOUS NE RECEVREZ PAS VOTRE CERTIFICAT

IMPORTANT POUR RECEVOIR VOTRE CERTIFICAT ↓

NOM, PRÉNOM	SIGNATURE	TITRE D'EMPLOI	PROGRAMME	VEUILLEZ COCHER SI (✓) :		A DROIT À UN CERTIFICAT (✓)	ADRESSE COURRIEL LISIBLE
				PARTICIPANT	OBSERVATEUR		
1.							
2.							
3.							
4.							
5.							
6.							
7.							
8.							
9.							
10.							
11.							
12.							
13.							
14.							
15.							
16.							
17.							
18.							
19.							
20.							

Section réservée : à compléter seulement par les participants et les observateurs S.V.P.!

VEUILLEZ ÉCRIRE LISIBLEMENT S.V.P. ! – SANS QUOI VOUS NE RECEVREZ PAS VOTRE CERTIFICAT

IMPORTANT POUR RECEVOIR VOTRE CERTIFICAT ↓

NOM, PRÉNOM	SIGNATURE	TITRE D'EMPLOI	PROGRAMME	VEUILLEZ COCHER SI (✓) :		A DROIT À UN CERTIFICAT (✓)	ADRESSE COURRIEL LISIBLE
				PARTICIPANT	OBSERVATEUR		
21.							
22.							
23.							
24.							
25.							
26.							
27.							
28.							
29.							
30.							
31.							
32.							
33.							
34.							
35.							
36.							
37.							
38.							
39.							
40.							