

Demande pour un cours d'ÉT

Instructeur responsable

Nom: _____ Dernière date enseignée: _____

Instructeurs additionnels

Nom: _____ Dernière date enseignée: _____

Nom: _____ Dernière date enseignée: _____

Nom: _____ Dernière date enseignée: _____

Information sur le cours à donner

Date du cours: _____

Nom de l'hôpital qui reçoit: _____

Ville: _____ Province: _____

*L'INSTRUCTEUR RESPONSABLE DOIT AVISER L'ADMINISTRATION DU CAEP S'IL Y A DES CHANGEMENTS AU SUJET DE LA LIVRAISON DU COURS: DATE-ENDROIT-INSTRUCTEUR(S)

Je certifie que je ne ferai pas de modifications, ajouts ou suppressions du matériel didactique sur l'ÉT et je comprends que tout le matériel est sous les droits d'auteur.

Je vais soumettre la **Liste tabloïde des participants** et le **Rapport des frais administratifs d'un cours d'ÉT** (Incluant le paiement à administration du CAEP) à l'intérieur **d'une semaine** du cours offert.

Signature de l'instructeur responsable: _____

Date: _____

SVP soumettre via fax (613) 523-0190 ou courriel: ctas@caep.ca



CAEP | Canadian Association of Emergency Physicians

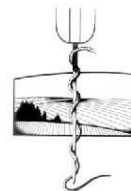
ACMU | Association canadienne des médecins d'urgence



NENA



Canadian Paediatric Society



AMUQ

ASSOCIATION DES MÉDECINS D'URGENCE DU QUÉBEC