

REGISTRE DE FORMATION CONTINUE

NOM, Prénom : _____ No. de membre : _____

Année : 01 avril _____ au 31 mars _____

Date	Titre	Format	Institution / Responsable	Attestation
		<input type="checkbox"/> Présentiel <input type="checkbox"/> Virtuel <input type="checkbox"/> Direct <input type="checkbox"/> Différé		Oui Non <hr/> Durée :
		<input type="checkbox"/> Présentiel <input type="checkbox"/> Virtuel <input type="checkbox"/> Direct <input type="checkbox"/> Différé		Oui Non <hr/> Durée :
		<input type="checkbox"/> Présentiel <input type="checkbox"/> Virtuel <input type="checkbox"/> Direct <input type="checkbox"/> Différé		Oui Non <hr/> Durée :
		<input type="checkbox"/> Présentiel <input type="checkbox"/> Virtuel <input type="checkbox"/> Direct <input type="checkbox"/> Différé		Oui Non <hr/> Durée :
		<input type="checkbox"/> Présentiel <input type="checkbox"/> Virtuel <input type="checkbox"/> Direct <input type="checkbox"/> Différé		Oui Non <hr/> Durée :
		<input type="checkbox"/> Présentiel <input type="checkbox"/> Virtuel <input type="checkbox"/> Direct <input type="checkbox"/> Différé		Oui Non <hr/> Durée :

Total des heures de formation : _____

Signature : _____