

Installation : _____

ACTIVITÉ D'ENSEIGNEMENT DU PERSONNEL SCOLAIRE

Date de la formation : _____

Objet de la formation : _____

Méthode d'évaluation : _____

Personnes qui ont suivi la formation :

Nom, prénom	Nom, prénom
1.	2.
3.	4.
5.	6.
7.	8.
9.	10.
11.	12.
13.	14.
15.	16.
17.	18.
19.	20.
21.	22.
23.	24.
25.	26.
27.	28.
29.	30.
31.	32.
33.	34.
35.	36.
37.	38.
39.	40.

POUR TOUTE FORMATION DANS LE CADRE DE LA LOI 90 : JOINDRE LES FORMULAIRES D'ÉVALUATION RÈGLE DE SOINS LOI 90