|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nom de l'activité :** | | | | | **Date l’activité : du \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | | | | | | | | | | | | | |
| Section 1Cette section doit être remplie par le participant chaque jour. | | | | | | | | | | | | | | | | | | Section 2Cette section doit être remplie par le promoteur. | | |
| **Nom et prénom**  **de l’expert ou du participant** | **Poste ou fonction** | | **Statut[[1]](#footnote-1)** | **Signature du participant, qui atteste avoir participé à l’activité pendant le nombre d’heures inscrit** | | | Numéro de téléphone le jour | |  | | Date(aa-mm-jj) *\_\_\_\_\_\_* | | Date(aa-mm-jj)\_\_\_\_\_\_ | Date(aa-mm-jj)\_\_\_\_\_\_ | | Date(aa-mm-jj)\_\_\_\_\_\_ | Date(aa-mm-jj)\_\_\_\_\_\_ | Calcul des coûts | | |
| Total des heures | Taux horaire | Salaire |
|  |  | |  |  | | |  | | Heures | |  | |  |  | |  |  |  |  |  |
| Initiales | |  | |  |  | |  |  |
|  |  | |  |  | | |  | | Heures | |  | |  |  | |  |  |  |  |  |
| Initiales | |  | |  |  | |  |  |
|  |  | |  |  | | |  | | Heures | |  | |  |  | |  |  |  |  |  |
| Initiales | |  | |  |  | |  |  |
|  |  | |  |  | | |  | | Heures | |  | |  |  | |  |  |  |  |  |
| Initiales | |  | |  |  | |  |  |
|  |  | |  |  | | |  | | Heures | |  | |  |  | |  |  |  |  |  |
| Initiales | |  | |  |  | |  |  |
|  |  | |  |  | | |  | | Heures | |  | |  |  | |  |  |  |  |  |
| Initiales | |  | |  |  | |  |  |
| **Total** | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  |  |
| **Section 3**  Cette section doit être remplie par le formateur. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Nom et prénom** | **Numéro d’agrément** | **Nom de l’organisme de formation** | | | | Numéro de **téléphone** | | **Total des heures** | | **Taux**  **horaire** | | **Coût total** | | | **Signature du formateur** | | | | **Date** | |
|  |  |  | | | |  | |  | |  | |  | | |  | | | |  | |
|

|  |  |
| --- | --- |
| **Responsable de la formation ou chargé de projets au CSMO**\* | **Approbation de la personne signataire de l’entente** |
| Nom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Date :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \* Personne à qui nous pourrons nous adresser pour obtenir plus de détails. | **Signature :** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Date :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Numéro de téléphone. : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**Toutes les sections doivent être remplies.**

1. . Êtes-vous un travailleur étranger titulaire d’un permis de travail temporaire ou un travailleur dont le salaire est subventionné par des fonds publics? Répondre par Oui ou Non. [↑](#footnote-ref-1)