

DEMANDE D’AFFICHAGE D’UNE ACTIVITÉ DE FORMATION AU RÉPERTOIRE DE FORMATION CONTINUE DE L’ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU QUÉBEC

1 Renseignements sur le demandeur

Code de classement (réservé à l’OIIQ)

1) Nom de l’organisme :

2) Type d’organisme :

Choisissez un élément



Si autre (précisez) :

3) Adresse de l’organisme :

N° civique

Adresse

Bureau/appartement

Ville

Province

Choisissez la province



Code postal

4) Adresse Internet (hyperlien) de la page de la formation sur votre site :

http://www.

5) Coordonnées de la personne-ressource qui figurera sur le site pour toute demande de renseignement :

Nom

Prénom

Titre

Courriel

Téléphone

Poste

6) Coordonnées de la personne qui a rempli la demande :

Nom

Prénom

Titre

Courriel

Téléphone

Poste

1) Titre de l'activité :

2) Nom de l'organisme concepteur ou réalisateur de l'activité :

3) Type d'activité :

Choisissez un élément



Si autre (précisez) :

4) Clientèle ciblée : précisez (ex. : infirmière, infirmière praticienne spécialisée, autre)

5) Lien avec la pratique clinique de l'infirmière :

6) A – Description courte de l'activité (ce texte décrira votre formation sur le site, maximum 200 mots) :

B – Description longue de l'activité :

But :

Objectifs d'apprentissage :

Contenu de l'activité :

Méthodes pédagogiques :

Durée :

Format d'activité :

Choisissez un élément



Nombre heures accréditées :

Nombre d'heures non accréditées :

Nom de l'organisme accréditeur :

Attestation remise :

Coûts sans taxes : \$ CAN

Coûts avec taxes : \$ CAN

3 PLANIFICATION DES FORMATIONS EN SALLE ET À DISTANCE (EX. : TÉLÉCONFÉRENCES, WEBINAIRE)

	Date (1 ^{re})	Date (2 ^e)	Date (3 ^e)	Date (4 ^e)
Date (JJ/MM/AAAA) :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Lieu :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ville :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Région :	<input type="text" value="Choisissez"/>	<input type="text" value="Choisissez"/>	<input type="text" value="Choisissez"/>	<input type="text" value="Choisissez"/>
Si autre (précisez) :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Horaire (début/fin) :	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
Nombre de places minimum :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nombre de places maximum :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Date limite d'inscription :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

	Date (5 ^e)	Date (6 ^e)	Date (7 ^e)	Date (8 ^e)
Date (JJ/MM/AAAA) :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Lieu :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ville :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Région :	<input type="text" value="Choisissez"/>	<input type="text" value="Choisissez"/>	<input type="text" value="Choisissez"/>	<input type="text" value="Choisissez"/>
Si autre (précisez) :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Horaire (début/fin) :	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
Nombre de places minimum :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nombre de places maximum :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Date limite d'inscription :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Nom(s) et qualification(s) du (des) formateur(s) :

1 Nom

Prénom

Employeur

Fonction

Diplômes

Date 1 Date 2 Date 3 Date 4

Date 5 Date 6 Date 7 Date 8

2 Nom

Prénom

Employeur

Fonction

Diplômes

Date 1 Date 2 Date 3 Date 4

Date 5 Date 6 Date 7 Date 8

3 Nom

Prénom

Employeur

Fonction

Diplômes

Date 1 Date 2 Date 3 Date 4

Date 5 Date 6 Date 7 Date 8

4 Nom

Prénom

Employeur

Fonction

Diplômes

Date 1 Date 2 Date 3 Date 4

Date 5 Date 6 Date 7 Date 8

5 Nom

Prénom

Employeur

Fonction

Diplômes

Date 1 Date 2 Date 3 Date 4

Date 5 Date 6 Date 7 Date 8

6 Nom Fonction

Prénom

Employeur

Diplômes

Date 1 Date 2 Date 3 Date 4

Date 5 Date 6 Date 7 Date 8

7 Nom Fonction

Prénom

Employeur

Diplômes

Date 1 Date 2 Date 3 Date 4

Date 5 Date 6 Date 7 Date 8

8 Nom Fonction

Prénom

Employeur

Diplômes

Date 1 Date 2 Date 3 Date 4

Date 5 Date 6 Date 7 Date 8

4 COORDONNÉES DU RESPONSABLE DE LA DEMANDE

- 1) J'atteste que les informations ci-dessus sont véridiques.
- 2) J'atteste que les activités mentionnées ci-dessus respectent les normes déontologiques reconnues dans la littérature et les règles d'éthique.
- 3) J'atteste que j'ai pris connaissance et que je respecte la norme de l'OIIQ sur l'indépendance professionnelle et les conflits d'intérêts (2006) et la politique de l'OIIQ sur les relations avec les sociétés commerciales.

4) Nom du représentant autorisé de l'organisme demandeur :

Nom Prénom

Titre Courriel Téléphone Poste

Date de la demande :

Comment envoyer ce formulaire ?

- 1 – Enregistrez-le (sur le bureau de votre ordinateur par exemple)
 2 – Envoyez-le en pièce jointe à l'adresse suivante : mistral@oiiq.org.

[Enregistrer »](#)