

# FORMULAIRE D'ÉVALUATION POUR FORMATION CONTINUE



Association  
Québécoise des  
Ostéopathes

Veillez remplir ce formulaire d'évaluation si vous souhaitez faire reconnaître un programme de formation continue.

Plusieurs documents doivent être joints à votre demande, assurez-vous de tous les inclure afin que votre demande soit acceptée.

AU SERVICE DES QUÉBÉCOIS DEPUIS 2000

Date:   /  /  

## A. ÉTABLISSEMENT D'ENSEIGNEMENT

Nom de l'établissement: \_\_\_\_\_

Site internet: \_\_\_\_\_ Page Facebook: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_ Bur.: \_\_\_\_\_ Ville: \_\_\_\_\_ Code postal: \_\_\_\_\_

Téléphone: \_\_\_\_\_ Cell.: \_\_\_\_\_ Courriel: \_\_\_\_\_

## B. CONTENU DE LA FORMATION

1. Détenez-vous les droits d'auteur des documents remis aux étudiants? OUI  NON

**2. Joignez le plan de cours.**

**3. Joignez le contenu de la formation.**

**4. Joignez une copie de l'attestation qui sera remise aux participants.**

5. Quels sont les documents de travail que vous utiliserez?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**6. Joignez ces documents de travail.**

7. Dressez la liste des équipements de travail que vous utiliserez.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

8. Quelles sont les méthodes pédagogiques utilisées par le(s) formateur(s)? (Chartes, PowerPoint, etc.)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## C. QUALIFICATION DES ENSEIGNANTS

Nom du formateur: \_\_\_\_\_ Prénom du formateur: \_\_\_\_\_

Titre professionnel: \_\_\_\_\_

Faites-vous partie d'un Ordre ou d'une Association professionnelle? OUI  NON  Lequel/laquelle: \_\_\_\_\_

Nom du formateur: \_\_\_\_\_ Prénom du formateur: \_\_\_\_\_

Titre professionnel: \_\_\_\_\_

Faites-vous partie d'un Ordre ou d'une Association professionnelle? OUI  NON  Lequel/laquelle: \_\_\_\_\_

Nom du formateur: \_\_\_\_\_ Prénom du formateur: \_\_\_\_\_

Titre professionnel: \_\_\_\_\_

Faites-vous partie d'un Ordre ou d'une Association professionnelle? OUI  NON  Lequel/laquelle: \_\_\_\_\_

**9. Joignez les documents démontrant que vous avez les connaissances et les compétences pour enseigner adéquatement cette matière.**

**10. Joignez tout autre document pertinent pour l'analyse de votre demande.**

## D. CONFIRMATION

J'atteste que les renseignements fournis dans le présent formulaire sont exacts et que toute information nécessaire à l'évaluation de la formation a été jointe.

\_\_\_\_\_  
Signature du formateur

\_\_\_\_\_  
Signature du formateur

\_\_\_\_\_  
Signature du formateur