

# Demande au Programme d'aide à la formation continue

Ce formulaire de demande est destiné aux professionnels de la santé qui travaillent auprès des personnes amputées. Les renseignements recueillis pourraient être traités par un fournisseur de services tiers.

Nom : \_\_\_\_\_

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

Adresse de domicile : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Tél. (spécifiez) : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_

Employeur : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

**Veillez noter que vous devez répondre aux questions suivantes  
pour que nous considérions votre demande.**

1. Quel est le nom de l'activité de formation continue (cours, conférence, etc.)?

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

2. Veillez noter la ou les dates et le lieu.

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

3. Quel est le montant des frais d'inscription?

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

4. Veuillez fournir un sommaire ou une description de l'activité de formation continue.

---

---

---

---

---

5. Veuillez expliquer pourquoi ou comment votre participation améliorera vos connaissances et votre expertise des soins apportés aux personnes amputées.

---

---

---

---

---

6. Avez-vous obtenu de l'aide financière d'autres sources pour participer à cette activité de formation continue? Si oui, veuillez donner des détails.

Oui, j'ai obtenu de l'aide financière d'autres sources.

Non, je n'ai pas obtenu d'aide financière d'autres sources.

---

---

---

---

---

**Veillez envoyer le formulaire rempli aux Amputés de guerre.**