



FONDATION
DES MALADIES
DU CŒUR
DU QUÉBEC

À la conquête de solutions.

TRANSFERT de Maître-instructeur

Coordonnées de l'instructeur

Nom :	Prénom :	# d'instructeur :
Signature de l'instructeur :		Date :
Avez-vous changé d'adresse ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Rue :	Appartement :	
Ville :	Code postal :	
Tél. résidence : ()	Tél. bureau : ()	
Courriel :		

Maître-instructeur actuel

Nom et prénom :	No de dossier :
Commentaires :	

Informations

Cotisation expire le : SIR :	DEA :	<input type="checkbox"/> cocher si identique
Est-il en sabbatique ? <input type="checkbox"/> Oui	Si oui, date de reprise d'activité _____	<input type="checkbox"/> Non
Nombre de cours données : RCR _____ CSST _____ DEA _____ RCR-DEA _____ SIR-DEA _____		
Date revue annuelle :	Date de recertification :	
Signature du MI :	Date :	

Nouveau maître-instructeur

Nom et prénom :	No de dossier :
Commentaires :	
Signature du MI :	Date :