CASLPA-ACOA

Exigence minimum: 45 ÉFC sur trois ans.

N° de membre: _____ *Compte rendu des ÉFC pour l'année se terminant* _____	☐ Aud ☐ Ortho ☐ Ortho/Aud	Cycle: _____	Nom: _____ Adresse: _____ _____ ville province code postal

LE PROGRAMME DE FORMATION CONTINUE DE L'ACOA

		SPÉCIFIQUES								CONNEXES				
Description de l'activité (Voir les Codes d'activité au verso)	**Date**	**A** *sans max*	**B** *sans max*	**C** *max 5/année*	**D** *max 5/année*	**E** *max 12/année*	**F** *max 8/année*	**G** *max 8/année*	**H** *max 10/année*	**I** 15/3 ans	**J** 15/ année	**K** 8/ année	**L** 10/ année	**M** 5/ année
Les totaux ne doivent pas dépasser les maximum : ⇨														
		sans max	*sans max*	*max 5/année*	*max 5/année*	*max 12/année*	*max 8/année*	*max 8/année*	*max 10/année*	15/3 ans	15/ année	8/ année	10/ année	5/ année

2010

J'atteste *que les renseignements fournis sur ce formulaire sont complets et exacts au meilleur de ma connaissance. Je suis conscient(e) que toute fausseté peut entraîner la révocation ou la suspension de mon agrément.*

Signature **Date**

Spécifiques + **Connexes** Max 15 = **Totaux**