

**TITRE ACTIVITÉ FORMATION:** \_\_\_\_\_

**FORMATEUR:** \_\_\_\_\_

**SERVICE:** \_\_\_\_\_

**ENTREPRISE:** \_\_\_\_\_

- Formation avec évaluation
- Formation sans évaluation
- Auto-formation
- Séminaire
- Discussion de sécurité
- Mentorat/Suivi d'avancement
- Preuve d'une autre institution
- Autre activité

Date:	Heure:	Durée: (minutes):	Endroit:	Date D'expiration:
-------	--------	----------------------	----------	-----------------------

DÉCRIRE LES POINTS-CLÉS OU JOINDRE LE DOCUMENT DE FORMATION: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

NOM, PRÉNOM	CODE D'EMPLOYÉ	ADRESSE ÉLECTRONIQUE	SERVICE	SUPERVISEUR	SIGNATURE

CODE FORMATION: EHS-FORM-032 v.2	CODE SESSION:	ESS TRAITÉ PAR:	DATE:
-------------------------------------	---------------	-----------------	-------

**S.V.P. ENVOYER LE FORMULAIRE COMPLÉTÉ À ESS – via courrier interne GM 1000-07 ou courriel [ehs@concordia.ca](mailto:ehs@concordia.ca)**

**TITRE ACTIVITÉ FORMATION:** \_\_\_\_\_

**FORMATEUR:** \_\_\_\_\_

**SERVICE:** \_\_\_\_\_

**ENTREPRISE:** \_\_\_\_\_

- Formation avec évaluation
- Formation sans évaluation
- Auto-formation
- Séminaire
- Discussion de sécurité
- Mentorat/Suivi d'avancement
- Preuve d'une autre institution
- Autre activité

Date:	Heure:	Durée: (minutes):	Endroit:	Date D'expiration:
-------	--------	----------------------	----------	-----------------------

DÉCRIRE LES POINTS-CLÉS OU JOINDRE LE DOCUMENT DE FORMATION: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

NOM, PRÉNOM	CODE D'EMPLOYÉ	ADRESSE ÉLECTRONIQUE	SERVICE	SUPERVISEUR	SIGNATURE

CODE FORMATION: EHS-FORM-032 v.2	CODE SESSION:	ESS TRAITÉ PAR:	DATE:
-------------------------------------	---------------	-----------------	-------

**S.V.P. ENVOYER LE FORMULAIRE COMPLÉTÉ À ESS – via courrier interne GM 1000-07 ou courriel [ehs@concordia.ca](mailto:ehs@concordia.ca)**