

Programme de formation des entraîneurs Heures de perfectionnement professionnel

Entraîneur

Nom:

No. CH:

Adresse:

Ville:

Province:

C.P.

Téléphone: ()

Courriel:

Stage / Formation / Cours

Date:

Lieu:

Ville:

Province:

Description:

À être complété par le formateur ou l'instructeur

Je certifie que l'entraîneur nommé ci-haut a complété le nombre d'heures de formation indiqué ci-dessous dans le cadre du stage, de la formation ou des cours décrits plus haut.

Nombre d'heures:

Nom du formateur:

Signature du formateur:

Date:

Veillez envoyer ce formulaire à votre fédération équestre provinciale.