

**Type de projet**

- 4.2.1 Projets spéciaux (ne pas remplir cette page)  
 4.2.2 Activités de formation (remplir cette page)  
 4.2.3 Colloques et congrès (remplir cette page)

Titre de la formation :

Date :

**Nom et signature des participantes et des participants**

#	Nom	Titre	Commission scolaire ou établissement d'enseignement	Signature
01				
02				
03				
04				
05				
06				
07				
08				
09				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				

Nous certifions que les participantes et les participants à la session de formation travaillent comme enseignantes et enseignants de langue seconde ou comme conseillères et conseillers pédagogiques à temps plein ou à temps partiel.

Signature de la présidente ou du président  
de l'association ou du regroupement professionnel :

Date :