

## Attestation de formation complétée pour les contributeurs venant contribuer lors de campagne de masse

Nom de l'intervenant : _____ Numéro d'employé : _____	
Signature : _____ Titre d'emploi : _____	
<b>Volet 1 : Formation autodidacte</b>	
<input type="checkbox"/> Je déclare avoir pris connaissance des offres de formation s'adressant à mon profil de compétence.	Date :

<b>Volet 2 : Observation</b>		Date :
<input type="checkbox"/>	Je déclare avoir fait une période de jumelage de 4 h avec un professionnel autorisé et expérimenté (superviseur), afin d'observer les techniques et les compétences devant être maîtrisés.	

<b>Volet 3 : Supervision</b>	
<b>Je déclare maîtriser et avoir complété les techniques suivantes, selon les besoins;</b>	
<input type="checkbox"/>	Supervision de la technique de préparation d'un vaccin sans reconstitution
<input type="checkbox"/>	Supervision de la technique de dilution et préparation
<input type="checkbox"/>	Supervision de la technique d'administration d'un médicament par voie IM (Deltoïde et vaste externe)
<input type="checkbox"/>	Supervision de la technique d'administration d'un médicament par voie intranasale.

 Veuillez retourner ce formulaire à votre gestionnaire ou votre ASI