



Médiateur Agréé

Formulaire de compte rendu de formation permanente

Veillez remplir le formulaire ci-dessous et le soumettre à votre section régionale affiliée. Communiquez avec cette dernière si vous avez besoin d'aide ou de renseignements additionnels.

Nom :	N° de certificat :
Section régionale affiliée :	N° de membre :
Titre de poste :	Expiration du titre :
Société :	
Courriel :	
Adresse de la société :	Adresse du domicile :
Tél. bur. :	Tél. dom. : Tel:
Veillez envoyer le courrier à : Société <input type="checkbox"/> Domicile <input type="checkbox"/>	Liste de contrôle : <input type="checkbox"/> Biographie et curriculum vitæ à jour ci-joints <input type="checkbox"/> Médiateur certifié ou qualifié – frais de formation permanente et cotisation facturés par la section régionale affiliée <input type="checkbox"/> Médiateur certifié ou qualifié – frais de renouvellement facturés par l'organisme national

Résumé des points accumulés pour la présente demande :

Entrez le nombre total de points accumulés pour chaque catégorie (à partir du journal de formation et de participation). Vous avez besoin d'au moins 100 points pour conserver le titre Méd. A. et de 60 points pour conserver celui de médiateur qualifié au cours d'une période de trois ans. Il est possible de gagner des points dans l'une ou l'autre ou toutes les catégories :

CATÉGORIES	Points attribués
Catégorie A : Formation permanente	
Catégorie B : Leadership	
Catégorie C : Enseignement théorique	
Catégorie D : Initiatives et projets importants	
Catégorie E : Recherche et publication	
Catégorie F : Répétition du processus de demande initial	
Total combiné	

Déclaration :

Je déclare que la présente fiche témoigne avec précision de la période de trois ans se terminant le _____. Je vais fournir des documents pertinents à la demande de (entrez le nom de la section régionale affiliée). Toute information trompeuse de ma part dans la présente demande ou dans tout document que je fournis constituera un motif suffisant pour la révocation de mon titre Méd. C. ou Méd. Q. et/ou le retrait de mon adhésion auprès de ma section régionale affiliée de l'Institut d'Arbitrage et de Médiation du Canada Inc. J'ai lu et je m'engage à respecter le code de déontologie national.

Signature _____

Date _____

A l'usage de la section régionale affiliée :

Dernières cotisations de membre payées : _____

Frais de renouvellement payés : _____

Date de réception : _____ Renouvellement approuvé : _____

Renouvellement expire : _____



Remplissez le journal ci-dessous pour indiquer les points gagnés. Consulter le formulaire de directives pour obtenir des renseignements sur chaque catégorie.

CATÉGORIE A :	Décrivez brièvement vos activités	Valeur par point (d'après le guide)	Points gagnés	Dates (à/de)	Heures	Remarques

CATÉGORIE B :	Décrivez brièvement vos activités	Valeur par point (d'après le guide)	Points gagnés	Dates (à/de)	Heures	Remarques

CATÉGORIE C :	Décrivez brièvement vos activités	Valeur par point (d'après le guide)	Points gagnés	Dates (à/de)	Heures	Remarques



CATÉGORIE D :	Décrivez brièvement vos activités	Valeur par point (d'après le guide)	Points gagnés	Dates (à/de)	Heures	Remarques

CATÉGORIE E :	Décrivez brièvement vos activités	Valeur par point (d'après le guide)	Points gagnés	Dates (à/de)	Heures	Remarques

CATÉGORIE F :	Décrivez brièvement le processus de demande	Valeur par point (d'après le guide)	Points gagnés	Dates (à/de)	Heures	Remarques