

SUGGESTIONS DES ENSEIGNANT(E)S QUANT AUX BESOINS DE FORMATIONS

Réseau:

Établissement:	Téléphone:
Direction:	N° d'établissement:

Nombre d'enseignantes et d'enseignants œuvrant dans l'établissement:

- Suggestions des enseignantes et enseignants de l'établissement quant aux besoins de formations :
- 1.
 - 2.
 - 3.
 - 4.
 - 5.
 - 6.
 - 7.
 - 8.
 - 9.
 - 10.

Signature de la direction de l'établissement:

Signature de la personne représentant les enseignantes et enseignants au comité local de perfectionnement: *(ou à défaut, de la personne déléguée syndicale)*

Signature de la direction du réseau: