



# ÉCTG

## Formulaire de renouvellement du statut de maître-institutrice/ maître-instructeur

**Renseignements concernant l'instructeur/maître-institutrice:**

Nom: \_\_\_\_\_ Courriel: \_\_\_\_\_ Tél: \_\_\_\_\_  
Adresse: \_\_\_\_\_  
Ville: \_\_\_\_\_ Province: \_\_\_\_\_ Code postal: \_\_\_\_\_

Je souhaite renouveler mon statut de maître-instructeur ou maître-institutrice de l'ÉCTG  
 Yes  No

**Admissibilité au renouvellement:**

Je suis membre en règle de l'ANIIU  Oui  Non  
Date d'expiration de l'adhésion à l'ANIIU: \_\_\_\_\_  
(*Joignez une preuve de votre statut de membre en règle*)

Je continue à travailler dans un environnement de soins d'urgence  Yes  No

**Formations enseignées au cours de la dernière année:**

Date: \_\_\_\_\_ Lieu: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_ Lieu: \_\_\_\_\_  
Date: \_\_\_\_\_ Lieu: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_ Lieu: \_\_\_\_\_

Je déclare que les informations susmentionnées sont exactes.

Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

**Paiement - \$20.00:**

CHEQUE à l'ordre de l'ANIIU Inc. Transmettre par la poste à l'adresse:  
ANIIU B.P. 365, Chilliwack, C.-B. V2P 6J4

Virement bancaire à l'adresse [ctasfinances@nena.ca](mailto:ctasfinances@nena.ca)

FACTURE Au nom de: Nom : \_\_\_\_\_ Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_  
Faire parvenir à : Nom : \_\_\_\_\_ Courriel : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_  
Province : \_\_\_\_\_ Code Postal \_\_\_\_\_

**Veillez s.v.p. faire parvenir ce formulaire à l'adresse : [ctas@nena.ca](mailto:ctas@nena.ca)**