



Programme
national de
certification des
entraîneurs



National
Coaching
Certification
Program

PROGRAMME DES ENTRAÎNEURS RAPPORT DES ACTIVITÉS DE PERFECTIONNEMENT PROFESSIONNEL

NOM : _____
N° PNCE : _____ **N° CÉ :** _____ **N° OPTS :** _____

DÉTAILS DE L'ÉVÈNEMENT

Nom du stage : _____

Date : _____

Lieu : _____

Ville : _____ Prov/Terr _____

Description:

À COMPLÉTER PAR LE PERSONNE-RESSOURCE

Je constate que l'entraîneur a complété les heures suivantes de formation.

Heures de l'évènement : _____

Nom de la personne-ressource : _____

Signature : _____

Date: _____

Veillez retourner ce formulaire à votre OPTS si vous êtes instructeur, entraîneur de compétition ou entraîneur de compétition spécialiste certifié par le PNCE. Si vous êtes entraîneur de haute performance 1 certifié par le PNCE, transmettez ce formulaire à CÉ.