

CONTACT CLIENTS

Nombre total d'heures de contact client sur la période (préciser les dates)

DU :

AU :

| Date | Nom du client | Organisation du client | Nombre d'heures * | Thèmes de travail |
|------|---------------|------------------------|-------------------|-------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

* NB : lors du renouvellement, les heures de supervision de coachs/mentors sont admises en tant qu'heures de mentorat/coaching (voir Directives, page 4). Si des activités de supervision sont prises en compte dans le total des heures de contact client, indiquez-les dans la colonne « Thèmes de travail » du tableau.

[Ajoutez autant de lignes que nécessaire]

| | |
|--------------------------------|---|
| Sous-total/Total Heures | 0 |
|--------------------------------|---|

Nom et prénom*:

Date :

*Votre nom et prénom ont valeur de signature du présent document

Après avoir renseigné ce dossier, enregistrez-le et transmettez-le par email aux deux adresses suivantes : FR.EIAR@emccouncil.org et EMCC.Accreditation@emccouncil.org