

Programme de développement de carrière d'OAC Application pour les mentors

IDENTIFICATION ET INFORMATIONS PERSONNELLES

Prénom : _____

Nom : _____

Numéro d'adhésion d'OAC : _____

Adresse courriel privilégiée pour ce programme : _____

Numéro de téléphone privilégié pour ce programme : _____

Compétences en français:

- Avancée
- Intermédiaire
- Débutant/aucun

Compétences en anglais:

- Avancée
- Intermédiaire
- Débutant/aucun

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Groupes d'âge d'intérêt (Veuillez cocher toutes les cases qui s'appliquent):

- Nourrissons (0-1)
- Enfants d'âge scolaire (5-17)
- Aînés (65+)
- Enfants d'âge préscolaire (2-4)
- Adultes (18-64)

Milieu(x) de travail d'intérêt (Veuillez cocher toutes les cases qui s'appliquent):

- Centre de traitement des enfants
- Université et collège
- Centre d'hébergement et de soins de longue durée
- Hôpital
- Ministère gouvernemental
- Pratique privée
- Agence de santé publique
- Organisme de réglementation
- Centre de santé communautaire
- Établissement de détention
- Fabricants d'appareils auditifs et d'implants cochléaires
- Milieu industriel
- Domicile du patient ou client
- Association professionnelle
- École
- Université ou collège

**Veillez compléter et envoyer ce formulaire par courriel (andre@sac-oac.ca)
ou télécopieur (613.567.2859)**