



## FEUILLE DES PRÉSENCES

Titre : \_\_\_\_\_

Conférencier(s) : \_\_\_\_\_ Lieu (établissement et ville) : \_\_\_\_\_

Date de l'activité : \_\_\_\_\_ Nombre de crédit(s) : \_\_\_\_\_

Lieu (établissement et ville) : \_\_\_\_\_

NUMÉRO DE PERMIS (M.D.)	NOM (Lettres moulées)	SIGNATURE	COURRIEL

\_\_\_\_\_  
Signature du médecin responsable de l'activité

\_\_\_\_\_  
Nombre de participants