



DEMANDE DE SERVICE

Veillez compléter, signer et faire parvenir à :

RCPE 04-17
1060, rue St-François-Xavier, local 300
Trois-Rivières (Québec)
G9A 1R8
Télécopieur : 819-373-7711

CPE ou CPE/BC : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Code postal : _____

Téléphone : _____

Courriel : _____

Responsable : _____

CETTE DEMANDE DE SERVICE EST :(cocher la ou les cases désirées)

- Soutien pédagogique (compléter section 1)
- Accompagnement dans l'analyse de vos besoins (votre conseillère régionale communiquera avec vous pour un rendez-vous)
- Formation (compléter section 2 et 3)
- Achat de matériel (compléter section 4)
- Location de salle au RCPE pour _____ personnes (compléter section 3)

SECTION 1

PERSONNES À QUI S'ADRESSE CETTE INTERVENTION (PRÉCISEZ LE NOMBRE)

- | | | |
|--|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> () Éducatrices | <input type="checkbox"/> () RSG | <input type="checkbox"/> () Parents |
| <input type="checkbox"/> () Conseillères pédagogiques | <input type="checkbox"/> () Agents de conformité | <input type="checkbox"/> () Autres |
| <input type="checkbox"/> () Direction | <input type="checkbox"/> () Administrateurs | _____ |
| <input type="checkbox"/> () ACSPT | | |

DESCRIPTION GÉNÉRALE DE LA SITUATION À AMÉLIORER OU DU CHANGEMENT PRÉVU :

BUT DE L'ACTIVITÉ, RÉSULTATS ATTENDUS :

SECTION 2

FORMATION DEMANDÉE (SI CONNUE)

Titre :
Formatrice (teur) :
Lieu de la formation : <input type="checkbox"/> RCPE 04-17 <input type="checkbox"/> CPE ou BC <input type="checkbox"/> Autres (précisez) _____

Durée : <input type="checkbox"/> 3 heures <input type="checkbox"/> 6 heures <input type="checkbox"/> 9 heures <input type="checkbox"/> 12 heures
--

Nom et téléphone d'une personne responsable en cas d'urgence pour la formatrice :
_____ (Nom) _____ (Téléphone)
_____ (résidence) _____ (cellulaire)

SECTION 3

LOGISTIQUE

Calendrier et horaire souhaités :
1^{er} choix
Date : _____ <input type="checkbox"/> jour <input type="checkbox"/> soir Heures : de ____ h ____ à ____ h ____
2^e choix
Date : _____ <input type="checkbox"/> jour <input type="checkbox"/> soir Heures : de ____ h ____ à ____ h ____
3^e choix
Date : _____ <input type="checkbox"/> jour <input type="checkbox"/> soir Heures : de ____ h ____ à ____ h ____

SECTION 4

NOM DU MATÉRIEL ET NOM DE L'AUTEUR

--

SIGNATURE

Direction générale

Date

Réponse du RCPE : (informations, recommandations) _____

Réservé au RCPE 04-17