



REGROUPEMENT DES INFIRMIÈRES ET
INFIRMIERS EN SOINS INTENSIFS DU QUÉBEC

Demande de bourses Andrée Coulombe

Veuillez s'il-vous-plaît compléter ce formulaire en caractère d'imprimerie

Identification du demandeur

Nom : _____ Prénom : _____ Numéro de permis OIIQ : _____

Adresse complète : _____ (numéro civique, rue, apt.) Ville : _____ Code postal : _____

Numéro de téléphone : (____) _____ - _____ Employeur : _____

Coordonnées du supérieur

Nom : _____ Prénom : _____ Numéro de téléphone (Bureau) : (____) _____ - _____

Courriel : _____

Informations relatives aux critères de participation

Membre en règle du RIISIQ depuis : _____ Date d'obtention : _____

Titre de la certification obtenue : _____

Support financier du CH ou autre organisme : OUI ☐ NON ☐ Preuve de réussite fournie : OUI ☐ NON ☐

Réservé au RIISIQ

No. chèque : _____ Montant : _____ Date : _____ Motif : _____

Approuvé par : _____ Date : _____

Veuillez faire parvenir ce formulaire au RIISIQ, à l'attention de madame Jessica Blouin à l'adresse suivante :

jessica.blouin@riisiq.qc.ca

Signature : _____ Date : _____