



Canadian Veterinary
Medical Association
Association canadienne
des médecins vétérinaires

ATTESTATION DE PARTICIPATION

Participant(e)

Nom : _____

Province(s) d'exercice : _____

N° de permis : _____

Activité

Titre : **Togetherall – Le pouvoir des pairs (webinaire)**

Lieu : En ligne

Date : 28 novembre 2024

Thème ou catégorie : Cours sur le bien-être professionnel

Type d'activité : En ligne (Zoom) – 1 heure

Organisateur

Nom : Association canadienne des médecins vétérinaires (ACMV)

Adresse : 339, rue Booth, Ottawa (Ontario) K1R 7K1

Nombre d'heures de formation continue pour les vétérinaires et les TSA : 1 heure

Signature de l'organisateur :

Signature du participant ou de la participante : _____

Activité commanditée par

