



AVIS D'INTERRUPTION OU DE CESSATION D'UN STAGE APPROUVÉ
(en vertu de l'article 17 du Règlement)

Le stagiaire :

Nom au complet : _____

Poste occupé : _____

Organisme : _____

Le parrain :

Nom au complet : _____ No de permis : _____

Nom de l'organisme : _____

Date d'interruption ou de cessation de stage : _____
Année / Mois / Jour

Signature du stagiaire

Signature du parrain (avec sceau)

