



**ATTESTATION DE LA FORMATION DE L'INFIRMIÈRE PRATICIENNE**

La section A doit être remplie par la candidat ou la candidate. Faire parvenir cette demande d'attestation à l'École où le programme de formation d'infirmières praticiennes a été suivi.

**Section A: POUR LE CANDIDAT OU LA CANDIDATE**

Je, \_\_\_\_\_, ai obtenu mon diplôme du  
(Prénom(s)/nom de famille/nom de jeune fille)  
programme d'infirmières praticiennes de \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_.

Date : \_\_\_\_\_ Signature du candidat ou candidate: \_\_\_\_\_

---

**Section B: ATTESTATION DE L'ACHÈVEMENT DU PROGRAMME D'INFIRMIÈRES PRATICIENNES**

À remplir par l'autorité désignée pour le programme d'infirmières praticiennes.

La présente atteste que \_\_\_\_\_ a été admise  
(Prénom(s)/nom de famille/nom de jeune fille)  
au programme d'infirmières praticiennes de \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_,  
(École) (Date)

a terminé le programme le \_\_\_\_\_ et a acquis les compétences exigées en matière de  
prescription de substances et médicaments contrôlés. Le programme d'études était en

\_\_\_\_\_ Soins de santé primaires \_\_\_\_\_ autres spécialités, préciser : \_\_\_\_\_

et la durée du programme était de \_\_\_\_\_. Il s'agissait d'un programme approuvé au moment où  
le programme a été suivi \_\_\_\_\_.  
(Oui/Non)

SCEAU

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
Titre

\_\_\_\_\_  
Date