

Protocole d'Entente – Programme de Remboursement des Frais de Formation en Premiers Soins

Nom de l'organisation membre : _____

Personne responsable : _____

Courriel : _____

Téléphone : _____

1. Admissibilité

Ce programme est réservé exclusivement aux **membres organisations en règle de la FQMHR**.

Toute demande provenant d'un organisme non-membre ou dont l'adhésion n'est pas à jour sera automatiquement refusée.

La formation faisant l'objet de la demande de remboursement doit inclure minimalement les éléments suivants :

- Aspects légaux
- Amorcer une intervention de secours
- Les hémorragies (Hémorragies externes et internes)
- Les blessures liées à l'environnement (Hyperthermie et hypothermie - Asthme et anaphylaxie)
- Les blessures ostéo-articulaires
- Urgences diverses
- Réanimation cardio respiratoire et défibrillation externe automatisée

2. Description du projet de formation :

- **Nombre de participants prévus à la formation :** _____
- **Date prévue (ou estimée) de la formation :** _____
- **Nom du fournisseur (si déjà connu) :** _____
- **Contact du fournisseur (Courriel & téléphone) :** _____

3. Engagement de l'organisation :

L'organisation s'engage à :

Organiser une formation en premiers soins pour ses membres auprès d'un fournisseur qualifié.

- Assumer la responsabilité de choisir et de contracter avec ce fournisseur.
- Transmettre à la FQMHR, **après la tenue de la formation** :
 - Une **facture officielle** indiquant le montant total payé.
 - La **liste nominative des participants inscrits** à cette formation.
 - La **preuve de paiement** de la facture.

4. Conditions de remboursement :

- La FQMHR rembourse jusqu'à **100 \$ par participant**, jusqu'à **épuisement des fonds** disponibles.
- Le remboursement est accordé selon la règle du **premier arrivé, premier servi**, en fonction de la **réception du présent protocole complété**.
- **La réception du protocole ne garantit pas l'acceptation de la demande.**

Chaque demande est évaluée selon les fonds disponibles à la date de réception.

- Le remboursement sera effectué **uniquement après réception des documents requis : Facture, preuve de paiement et liste des participants.**

5. Consentement du demandeur :

Je confirme que j'ai lu et compris les conditions du programme.

Je consens à transmettre les informations requises à la FQMHR aux fins de traitement de la demande.

Nom du représentant autorisé : _____

Signature : _____

Date : _____

6. Confirmation de la FQMHR : (à remplir par la Fédération)

Demande acceptée – la FQMHR confirme l'éligibilité de cette demande, sous réserve de la réception des documents finaux requis au moment du paiement.

Nom : Frédéric Lajoie

Titre : Directeur général – FQMHR

Signature : _____

Date : _____