

Détails d'un stage à temps partiel – Annexe E

CANDIDAT À L'EXERCICE DE LA PROFESSION (CEP)

COORDONNÉES D'IDENTIFICATION

N° DE CLIENT : _____

Madame Monsieur

Nom de famille : _____
(selon le certificat de naissance)

Prénom usuel : _____
(selon le certificat de naissance)

Date de naissance : année _____ mois _____ jour _____

CINQ HEURES ET PLUS = 1 JOURNÉE

ENTRE TROIS ET CINQ HEURES = 1/2 JOURNÉE

MOINS DE TROIS HEURES = 0 JOURNÉE

Mois : _____ Année : _____

PRIÈRE DE FAIRE DES PHOTOCOPIES DE CETTE FEUILLE POUR CHAQUE MOIS DE STAGE.

DÉTAILS DES HEURES DE SERVICES PROFESSIONNELS RENDUS DANS CHACUN DES CHAMPS D'EXPERTISE

JOUR/MOIS	TOTAL DES HEURES TRAVAILLÉES	HEURES DE FOR- MATION TECHNIQUE DISPENSÉES PAR LE MAÎTRE DE STAGE	VÉRIFICATION	MISSIONS D'EXAMEN	FISCALITÉ	AUTRE (INCLUANT LES MISSIONS DE COMPILATION)
1 /						
2 /						
3 /						
4 /						
5 /						
6 /						
7 /						
8 /						
9 /						
10 /						
11 /						
12 /						
13 /						
14 /						
15 /						
16 /						
17 /						
18 /						
19 /						
20 /						
21 /						
22 /						
23 /						
24 /						
25 /						
26 /						
27 /						
28 /						
29 /						
30 /						
31 /						
TOTAL						

SIGNATURE DU CANDIDAT

J'atteste de la véracité des informations indiquées dans la présente annexe.

Signature du candidat : _____ Date : année _____ mois _____ jour _____

ATTESTATION DU MAÎTRE DE STAGE

Nous attestons que le **Rapport du maître de stage sur l'expérience pratique** fourni (SVP veuillez cocher la case appropriée)

dans l'**Annexe C** dans l'**Annexe D-1** dans la **Confirmation d'une période de stage** jointe à la **Demande d'admission**

le _____ (date) par _____ (nom de l'associé ou du praticien en caractères d'imprimerie)

du cabinet comptable _____ dans la ville de _____

s'applique aux détails du stage à temps partiel fournis dans le présent document.

SIGNATURE DE L'ASSOCIÉ OU DU PRATICIEN : _____ CA – N° DE MEMBRE : _____ DATE : _____