



CERTIFICATION D'EXPÉRIENCE EN ARPENTAGE

N.B. : Tous les renseignements fournis seront traités par l'Association de façon confidentielle.

IDENTIFICATION DU STAGIAIRE

Nom et prénom

N° de brevet d'ATC

EMPLOI DU STAGIAIRE COUVERT PAR CETTE CERTIFICATION

Nom de l'entreprise

Adresse

Ville

Province

Code postal

Courriel

()

()

Téléphone

Télécopieur

Titre de l'ingénieur junior

Nom du supérieur immédiat

Affiliation professionnelle du superviseur

Date de début d'emploi :

Année Mois Jour

/ /

Date de fin d'emploi (si applicable)/

/ /
Année Mois Jour

Raison du départ

Si emploi à temps partiel, spécifier

IDENTIFICATION DU SUPERVISEUR

Nom et prénom

Affiliation professionnelle

Nom de l'entreprise

Titre

()

Téléphone

Courriel

Formulaire: EXPERIENCE07312014PDFF **Veillez poster à:**

Association des Arpenteurs des Terres du Canada
900 Dynes Road, Suite 100E, Ottawa ON K2C 3L6

Tél: (613) 723-9200, Téléc. : (613) 723-5558 Courriel: admin@acsl-aatc.ca, www.acsl-aatc.ca

DESCRIPTION DE L'EXPÉRIENCE DE TRAVAIL

PARTIE A

Contexte et situation du travail, responsabilités au sein de l'entreprise

PARTIE B

<u>Temps *</u>	<u>Activités d'arpentage</u>	<u>Réalisations</u>

* % du temps consacré à cette activité en considérant toute la période couverte par cette certification.

Nous certifions que les renseignements contenus dans le présent document sont, au meilleur de notre connaissance, exacts.

Signature du stagiaire

date

Signature du superviseur

date

Formulaire: EXPERIENCE07312014PDF **Veillez poster à:**

Association des Arpenteurs des Terres du Canada
900 Dynes Road, Suite 100E, Ottawa ON K2C 3L6

Tél: (613) 723-9200, Téléc. : (613) 723-5558 Courriel: admin@acls-aatc.ca, www.acls-aatc.ca