# **Déclaration de participation à la planification des programmes**

Ce formulaire doit être rempli et signé par un médecin CCFP qui est un membre actif du comité de planification qui a développée ou co-développé cette activité.

**Nom de l'activité:**

**Date de l'activité:**

**Initials**

|  |  |
| --- | --- |
| J’ai eu une contribution importante dans ce programme\* |  |
| J'ai examiné le contenu pour s'assurer qu'il est pertinent à la médecine familiale |  |
| Je vérifie que la planification, le contenu et le déroulement de ce programme répond à des normes éthiques pertinentes |  |
| J'ai été informé de toutes des incitations financières/non-financières associées à ce programme |  |

**\*** Dans le présent contexte, il y a contribution importante lorsque chacun des membres du CMFC atteste :

* Qu'il ou elle a participé de manière substantielle au programme visé par la demande d'agrément (p.ex., a contribué à l'évaluation des besoins d'apprentissage, à la définition des objectifs d'apprentissage et au choix des conférenciers ou présentateurs);
* Que le contenu du programme est pertinent à la médecine familiale;
* Que la planification, le contenu et la présentation du programme répondent aux normes d'éthique applicables; et
* Qu'il ou elle a été informé de toute mesure d'incitation financière associée au programme.

**COordonnées**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nom: | | | Numéro de Membre (Requis) | |
| Adresse Ligne 1: | | | | Tél. (Bureau): |
| Adresse Ligne 2: | | | | Tél. (Cellulaire): |
| Ville: | Prov.: | Code Postal: | | Fax: |
| Adresse de Courriel: | | | | |

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Signature Date:**