**<<Nom de l’établissement>>**

atteste, par la présente, que

«Nom»

a terminé avec succès la formation sur

**Les Compétences de base en prévention et contrôle des infections
de Santé publique Ontario**

«Titre de la section»

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **Signature du formateur Date**