



Demande de formation

Pare-Chocs

PROGRAMME D'INTERVENTION POUR ADOLESCENTS DÉPRESSIFS

LIEU SOUHAITÉ DE LA FORMATION

Veillez indiquer l'adresse complète (nom du lieu, numéro civique, ville, code postal) :

DATE SOUHAITÉE DE LA FORMATION

CHOIX	DATE
1 ^{er} choix :	
2 ^e choix :	
3 ^e choix :	

COORDONNÉES DU DEMANDEUR

Commission scolaire, établissement d'enseignement ou organisme : _____

Prénom : _____ Nom : _____

Titre : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____ Télécopieur : _____

Courriel : _____

Nombre envisagé de participants : _____

Signature du demandeur : _____

Faire parvenir cette demande au :

CENTRE DE TRANSFERT POUR LA RÉUSSITE ÉDUCATIVE DU QUÉBEC (CTREQ)

2960, boulevard Laurier, Iberville trois, bureau 212, Québec (Québec) G1V 4S1

Tél. : 418 658-2332, poste 25 / Téléc. : 418 658-2008

info@ctreq.qc.ca / www.ctreq.qc.ca