



**TRAIT  
D'UNION**

PROGRAMME DE PRÉVENTION DU DÉCROCHAGE  
SCOLAIRE AU SECONDAIRE

## Formulaire de demande de formation

### Lieu souhaité

Nom du lieu : \_\_\_\_\_

Numéro civique : \_\_\_\_\_ Rue : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ Province : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

### Dates souhaitées

	Dates
1 <sup>er</sup> choix	
2 <sup>e</sup> choix	
3 <sup>e</sup> choix	

### Coordonnées du demandeur

Commission scolaire et/ou établissement scolaire : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_ Nom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Télécopieur : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_ Nombre envisagé de participants : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_

**Faire parvenir cette demande  
par courriel à [comptabilite@ctreq.qc.ca](mailto:comptabilite@ctreq.qc.ca)  
ou par télécopie au 418 658-2008**