



**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 ^{er} choix	
2 ^e choix	
3 ^e 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
ou par télécopie au 418 658-2008**