

Renseignement sur le participant



Prénom

Nom de famille

Ville

Province/Territoire

Organisation

Titre d'emploi

Adresse courriel

Numéro de téléphone

De quel groupe faites-vous partie? (Sélectionnez un groupe)

Les travailleurs

Les employeurs

Gouvernement

Nous vous encourageons fortement à fournir vos pronoms que nous ajouterons sur votre insigne (p. ex. : elle).

Veillez nous indiquer si vous avez des restrictions alimentaires ou si vous avez besoin de mesures d'adaptation : [facultatif]

Toutes les séances auront lieu en anglais. Avez-vous besoin d'une traduction simultanée en français?

Non

Oui

Si vous vous inscrivez en tant qu'étudiant actuellement à temps plein, veuillez remplir ce qui suit :

Nom de l'école ou de l'établissement

Nom du programme

Numéro d'étudiant

Veillez envoyer le formulaire rempli à servicesclientele@cchst.ca