

INSCRIPTION POUR LES JOURNÉES DE FORMATION

TITRE DE LA FORMATION : _____

DATE : _____

VILLE : _____

NOM : _____ PRÉNOM : _____

MATRICULE (Université de Sherbrooke) : _____

ORGANISME : _____

Membre AITQ : oui non

ADRESSE : _____
(Numéro et rue)

(Ville) (Code postal)

Cochez : adresse de résidence

adresse de bureau

Téléphone : bureau : () _____

résidence : () _____

Télécopieur : () _____

Poste actuel : _____ Années d'expérience : _____

Formation : Certificat : _____ Bacc. : _____

Maîtrise : _____ Autre : _____

Photocopier ce coupon et le faire parvenir à l'AITQ avec votre paiement. Un coupon par inscription s.v.p.

Faire le chèque à l'ordre de : Association des intervenants en toxicomanie du Québec inc.

Adresse : 505, rue Sainte-Hélène, 2e étage Longueuil (Québec) J4K 3R5 Canada

Téléphone : (450) 646-3271 Télécopieur : (450) 646-3275 Courriel : info@aitq.com