

Formulaire d'inscription

Nom : _____

Adresse : _____

Groupe ou organisme auquel vous êtes relié s'il y a lieu : _____

Courriel : _____

SVP écrire lisiblement

Téléphone maison : _____ Travail : _____

Obligatoire pour vous rejoindre en cas d'annulation

Titre de la formation : _____

Date(s) de la formation : _____

Nous vous invitons à devenir membre de **CAP Santé Outaouais**. C'est gratuit!

Cochez si vous désirez faire une demande d'adhésion à notre organisme.

Veillez faire parvenir votre chèque à l'ordre de CAP Santé Outaouais accompagné de ce formulaire d'inscription. Seules les inscriptions accompagnées du paiement seront considérées. **Si annulation de votre inscription au moins 7 jours avant la date de la formation**, vous serez remboursé, autrement, il n'y a pas de remboursement. Notez que vous devez compléter **une fiche d'inscription pour chaque personne à inscrire**.

Adresse : **CAP Santé Outaouais**
92, boul. St-Raymond, bureau #304
Gatineau, QC J8Y 1S7

Téléphone : 819-771-2277
1-800-363-0718

Courriel : capadministration@videotron.ca

Merci! 😊

www.capsante-outaouais.org