

FORMULAIRE D'INSCRIPTION

FORMATION INITIALE PROGRAMME DE 140 HEURES

Date : _____ Session : Automne Printemps

Nom _____ Prénom : _____

Adresse : _____ Code postal : _____

Téléphone : _____ Courriel : _____

No. : permis **OIIQ** _____

Veillez envoyer le formulaire d'inscription accompagné de votre chèque fait à l'ordre de **Denise Pothier Santé Plus inc.**

À l'adresse suivante :

Centre de formation avancée en soins de santé Denise Pothier

778, des Calcédoines, Québec, Qc, G2L 2N1