

SOINS PALLIATIFS

Nom du candidat : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Code postal : _____

Téléphone : _____

Courriel : _____

Date de naissance : _____

Code permanent : _____

Lieu de naissance : _____

Nom de la mère : _____

Nom du père : _____

Date : _____

Signature : _____

Réservé à l'administration

Signature du/de la responsable : _____

Date : _____

Dates de la formation :

À déterminer

Horaire :

À déterminer

Lieu de formation :

Centre de formation Rimouski-Neigette
424, avenue Ross
Rimouski
Local A-219

Coût : 30 \$

PAIEMENT :

ARGENT COMPTANT OU MANDAT-POSTE

❖ Paiement **avant** le début de la formation.

POLITIQUE D'ANNULATION

❖ Aucun remboursement sauf si annulation ou report de notre part.

IMPORTANT :

❖ **Un nombre minimal** d'inscriptions est requis pour démarrer la formation.

❖ L'inscription est considérée officielle **uniquement** sur réception de votre paiement en totalité.

❖ Ceci est votre confirmation d'inscription. **Aucun rappel** ne vous sera fait.

Retournez votre formulaire d'inscription avec votre paiement au :

Centre de formation Rimouski-Neigette

Service aux entreprises

424, avenue Ross, Case postale 3424, Rimouski (Québec) G5L 7P3

Téléphone : 418 722-4957 poste 1234 Sans frais : 1 800 263-3435 Télécopieur : 418 724-0392

Courriel : cfrnsae@csphares.qc.ca

www.cfrn-educ.qc.ca/service-aux-entreprises