



**FORMULAIRE D'INSCRIPTION AUX ATELIERS ÉDUCATIFS
WORKSHOP PARTICIPATION FORM**

Atelier - Workshop

Coordonnées – Patient Contact Information

JJ-DD / MM / AA-YY
Date

Langue(s) - Language(s)

Nom - Last Name

Prénom - First Name

JJ-DD / MM / AA-YY
Date de naissance - Date of Birth

Personne à contacter - Contact Person

Téléphone - Telephone

Courriel - Email

Équipe clinique – Clinical Team

Référé par - Referred by:

Nom - Name

Professionnel(s) de la santé impliqué(s) - Health care provider(s) involved in care:

Nom - Name

Téléphone - Telephone

Nom - Name

Téléphone - Telephone

Médecin - Physician

Téléphone - Telephone

Veuillez déposer le formulaire dûment rempli dans la boîte aux lettres sécurisée du Coordonnateur RTP dans la salle P2036 (Centre des ressources RTP)

Please return the completed form to the RTP Coordinator's locked mail box in room P2036 (RTP Resource Centre)