



**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 du Coordonnateur RTP à la réception.

Please return the referral form to the RTP Coordinator's mail box in the reception office.