

Centre
de formation
avancée
en soins de santé



FORMULAIRE D'INSCRIPTION
FORMATION INITIALE

PROGRAMME DE 160 HEURES

Session: Automne Printemps

Nom _____ Prénom : _____

Adresse : _____ Code postal : _____

Téléphone : _____ Courriel : _____

No. : permis OIIQ _____
OIIAQ _____

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**