

Centre
de formation
avancée
en soins de santé

Denise
Pothier

www.denisepothier.com

**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, G2L 2N1**