

FORMULAIRE D'INSCRIPTION
Cours de secourisme petite enfance

Identification de la corporation

Nom du CPE/BC : _____

Nom installation(facultatif) _____

Adresse : _____

Ville : _____

Code postal : _____

Personne contact : _____

Courriel: _____

Téléphone : _____ Poste: _____

Numéro de membre COOP William: _____

Identification du participant

Nom du participant(e) _____

Courriel: _____

Téléphone : _____

Responsable du paiement *(si différent du participant ou de la personne contact)*

Nom: _____

Courriel : _____

Téléphone : _____

Choix de la formation - Secourisme petite enfance

- ☐ Formation complète (8 h) 8h30-16h30
- ☐ Formation mise à jour (6 h) 8h30-14h30

Lieu de formation souhaité

☐ **Charlesbourg**

655, boul. Henri-Bourassa, Charlesbourg

☐ **Charny**

Complexe Soccer Honco 8087, boul. Centre Hospitalier, Charny

Date de la formation : _____

☐ **Inscription en formule clé en main**

Formation de groupe dispensé dans vos locaux.

Votre choix de date : 1er choix _____ 2e choix _____ 3e choix _____

Un membre de notre équipe communiquera avec vous sous peu afin de confirmer le tout

Veuillez retourner le formulaire dûment rempli par courriel à l'adresse suivante :

contact@formationlangevin.com