

Programme Votre Cheminement Personnel

Formulaire D'Inscription Du Participant



Nom		
Domicile de téléphone	Travail	Cellulaire
Peut-on laisser un message ? <input type="checkbox"/> Oui		<input type="checkbox"/> Non
Adresse courriel		
Adresse du domicile (optionnel)		
Pouvez-vous nous dire en quelques mots ce qui vous intéresse dans la participation au programme ?		
Si vous vous sentez à l'aise pour le faire, pourriez-vous nous dire si vous avez reçu un ou plusieurs diagnostics spécifiques ?		
Comment avez-vous entendu parler du programme ? (cochez toutes les cases qui s'appliquent)		
<input type="checkbox"/> Mon soutien par les pairs/organisation	<input type="checkbox"/> Site web (quelle organisation ?)	
<input type="checkbox"/> Affiche		
<input type="checkbox"/> Quelqu'un que je connais (par ex. : un ami, un membre de la famille)		
<input type="checkbox"/> Mon médecin de famille		
<input type="checkbox"/> Mon psychiatre	<input type="checkbox"/> Autre (spécifiez) :	
<input type="checkbox"/> Un hôpital		
<input type="checkbox"/> Un autre fournisseur de services		
<input type="checkbox"/> Les médias (journaux, radio, TV)		