



FORMULAIRE D'INSCRIPTION

PARTICIPANT.E

Nom / Name _____

Prénom / First name _____

Tel / Phone number _____

Courriel _____

Clinique/Service _____

RÉFÉRENT

Nom / Name _____

Prénom / First name _____

Tel / Phone number _____

Courriel _____

HORAIRE

IUSMM Mercredi 10h-12h

13h-15h

Choix 1. _____

IUSMM Jeudi 10h-12h

13h-15h

Choix 2. _____

Petite-Côte jeudi 10h-12h

13h-15h

Choix 3. _____

Information

Scannez et envoyer ce formulaire à : mbergeron.iusmm@ssss.gouv.qc.ca

Les Impatients contacteront l'utilisateur ou le proche pour fixer sa date d'entrée à l'atelier.

Atelier IUSMM Destiné aux usagers

7401 rue Hochelaga, H1N 3M5, Pavillon Bédard, 3^e étage, BE-324-06.

Contact : 514 251-4000, poste 2048

Atelier Petite-Côte Destiné aux proches et usagers

Centre Communautaire Petite-Côte, 5675 rue Lafond, Montréal, H1X 2X6.

Contact : Christiane Yelle Courriel : cyelle@schizophrenie.qc.ca