

### FORMULAIRE D'INSCRIPTION

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Date de naissance \_\_\_\_\_

Langue  français  anglais  
 autre \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Ville \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_

N° téléphone : maison \_\_\_\_\_ travail \_\_\_\_\_ cellulaire \_\_\_\_\_

Courriel \_\_\_\_\_

De quelle(s) maladie(s) souffrez-vous? \_\_\_\_\_

Comment avez-vous entendu parler du programme? \_\_\_\_\_

Avez-vous déjà consulté un professionnel de la santé au CSSS Val-d'Or? \_\_\_\_\_

Oui  Non

#### Jours ou heure préférées

(Les ateliers de 2,5 heures auront lieu une fois par semaine pendant six semaines consécutives)

**Veillez, s'il vous plaît indiquer vos préférences dans l'ordre avec les chiffres 1 à 4 (1 étant votre 1<sup>er</sup> choix).**

#### Jours préférées

1 Mardi

1 Mercredi

1 Jeudi

1 Fin de semaine (samedi ou dimanche)

#### Heures préférées

1 Matin (9 h 30 à 12 h)

1 Après-midi (14 h à 16 h 30)

1 Soir (18 h 30 à 21 h)

**S'il vous plaît, faire parvenir votre formulaire d'inscription dûment complété par courrier ou par courriel à :**

Ginette Boudreau  
Coordonatrice programme auto-soins  
Centre de santé et de services sociaux de Val-d'Or  
725, 6<sup>e</sup> Rue, Pavillon Germain-Bigué, Val-d'Or, Qc, J9P 3Y1  
Courriel : [ginette\\_boudreau@ssss.gouv.qc.ca](mailto:ginette_boudreau@ssss.gouv.qc.ca)

**Pour questions ou commentaires (819) 825-5858, poste 2599**