LISTE DES PARTICIPANT·E·S CONFIRMÉ·E·S – PERFECTIONNEMENT EN GROUPE –2025

Responsable de la demande :

Courriel :

Téléphone :

Titre du projet de perfectionnement :

Date et horaire prévus pour la tenue du perfectionnement :

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nom, prénom** | **Courriel** | **Téléphone** | **Travailleur·euse autonome** (cochez le statut) | **Travailleur·euse·salarié·e** | **Lieu de résidence de la personne participante au perfectionnement** |
| Professionnel | En voie de professionna-lisation | Nom de l'organisation | NEQ de l'organisme | Fonction au sein de l'organisme |
|   |   |   |  |  |   |   |   |   |
|   |   |   |  |  |   |   |   |   |
|   |   |   |  |  |   |   |   |   |
|   |   |   |  |  |   |   |   |   |
|   |   |   |  |  |   |   |   |   |
|   |   |   |  |  |   |   |   |   |
|   |   |   |  |  |   |   |   |   |
|   |   |   |  |  |   |   |   |   |
|   |   |   |  |  |   |   |   |   |
|   |   |   |  |  |   |   |   |   |
|   |   |   |  |  |   |   |   |   |
|   |   |   |  |  |   |   |   |   |
|   |   |   |  |  |   |   |   |   |
|   |   |   |  |  |   |   |   |   |
|   |   |   |  |  |   |   |   |   |