

FORMULAIRE D'INSCRIPTION

Tribune des PVVIH 6-9 juin 2017 à Regina, SK

Envoyer votre formulaire dûment rempli à la Société canadienne du sida | Téléc.: 613-563-4998 |

Courriel: bernice.aye@cdnaids.ca Inscrivez-vous d'ici 31 mai 2017.

Ce formulaire est aussi disponible pour la soumission en ligne à

<https://fr.surveymonkey.com/r/2017InscriptionTribune>

LA TRIBUNE EST POUR LES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH/SIDA SEULEMENT

| Information relative au délégué | | |
|---|---|---|
| NOM | | |
| MEME NOM POUR L'ETIQUETTE? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non (spécifiez l'autre nom). | | |
| ADRESSE POSTALE | | |
| VILLE | PROVINCE <i>Sélectionnez votre province ou territoire du Canad</i> | CODE POSTAL |
| TÉLÉPHONE (JOUR - inclure code régional) () | TÉLÉPHONE (SOIR - inclure code régional) () | TÉLÉCOPIE (inclure code régional) () |
| COURRIEL | | |
| <input type="checkbox"/> Veuillez me fournir des informations concernant la Tribune des PVVIH 2018 <input type="checkbox"/> Je désire être inscrit(e) à la liste de la Société canadienne du sida, pour recevoir des mises à jour occasionnelles sur des événements et activités | | |

Trousse du participant Anglais Français *Sélectionnez votre langue*

| | | | | |
|-----------------------------|--|--|---|---|
| Besoins particuliers | <input type="checkbox"/> Accès en fauteuil roulant | <input type="checkbox"/> Régime végétarien | <input type="checkbox"/> Mise au rebut d'objets pointus | <input type="checkbox"/> Interpretation LSQ |
| | <input type="checkbox"/> Traduction | <input type="checkbox"/> Autre (veuillez préciser) : ... | | |

- ❖ Avez-vous 29 ans ou moins? Jeunesse de 29 ans – 18 ans Jeunesse – moins de 18 ans
- ❖ Est-ce que vous êtes le directeur générale ou membre d'un conseil d'administration d'un OLS membre de la SCS ? Oui Non

ATTESTATION

Tout participant inscrit à la Tribune des PVVIH/sida doit attester que les renseignements fournis dans ce formulaire d'inscription sont exacts:

| |
|---|
| Je suis séropositif (ve) au VIH : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| Signature du (de la) participant(e): _____ Date: _____ |
| J'ai été délégué(e) à la Tribune des PVVIH/sida 2015: <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non (remplir la section ci-dessous) |
| J'ai été délégué(e) à la Tribune des PVVIH/sida 2016: <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non (remplir la section ci-dessous) |

Si vous avez soumis un formulaire de demande de bourse pour la Tribune en 2017 ou vous avez assisté à la Tribune des PVVIH 2015 ou 2016, vous n'êtes pas obligé de remplir la section ci-dessous

CETTE ATTESTATION DOIT ETRE REMPLIR NON PAR LE DEMANDEUR DE BOURSE MAIS PAR LE PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ OU L'EMPLOYÉ de l'OLS/org communautaire

NOM DU (DE LA) PROFESSIONNEL(LE) DE SANTÉ / NOM DE L'ORGANISME MEMBRE:

COORDONNÉES (NUMÉRO DE TÉLÉPHONE OU COURRIEL) ET NOM du personnel de l'OLS le cas échéant :

J'atteste que les renseignements sur ce formulaire d'inscription sont exacts.

Signature du (de la) professionnel(le) de santé ou personnel : _____ Date: _____