

CONNEXION HORSCAN

FORMULAIRE D'APPLICATION

Nom :

Masculin Féminin Adulte Jeune Âge

Langue de préférence : Anglais Français (Facultatif)

Adresse courriel :

Où habitez-vous en ce moment?

Attendez-vous une affection HorsCAN? Oui : Non :

Si oui, à quel endroit?

Quelle est votre date approximative d'arrivée?

Qu'aimeriez-vous savoir à propos de l'Europe?

****Si tu es âgé de 18 ans et moins, cette partie doit-être remplie :***

Par la présente, je donne mon consentement à la divulgation du nom et de l'adresse de mon fils/fille dans le but de participer au programme Connexion HorsCAN.

Signature du parent/tuteur + Date

Signature de l'enfant + Date

**Veillez envoyer ce formulaire
rempli au prestataire de services
des SFME de votre région.**

