

NOM : _____

Prénom : _____

Nom de l'organisme/programme service :

Téléphone : _____

Adresse courriel : _____

**Formulaire de demande de formation/soutien
offert par le programme dépendance**

BESOIN DU PARTENAIRE :

Soutien / conseil pour le personnel Formation pour le personnel Ateliers pour les usagers

ÉLÉMENTS QUI SOUS TENDENT LE BESOIN DE FORMATION OU DE SOUTIEN :

Niveau de connaissance en dépendance des personnes à former ou à soutenir

Faible Moyen Élevé

Spécifiez : _____

Type de formation

IGT IGT ado NID-ép
 Réso Déba (alcool-drogue-jeu) Dep-ado
 Programme de formation première ligne en dépendances pour les CISSS
 Autres

Spécifiez : _____

Nombre de personnes ciblées pour participer à la formation : _____

Préférence de date : _____

Temps prévu pour la formation : _____

Veillez faire parvenir ce formulaire complété au programme dépendance, à l'adresse suivante :
09.guichet.dependance@ssss.gouv.qc.ca