

**FORMULAIRE D'INSCRIPTION  
FORMATION EN THÉRAPIE  
PAR L'AVENTURE**

**Nom et Prénom :**

-----

**Adresse complète :**

-----

**Emploi actuel :**

-----

**Formation :**

-----

**Téléphone :**

-----

**Courriel :**

-----

Veuillez faire parvenir le formulaire complété à l'IFACEF:  
Adresse : 4694, boulevard Gouin Est, Montréal (QC), H1H 1E7  
Courriel : ifacef@ifacef.com