



FORMULAIRE D'INSCRIPTION
À cocher

11^{ÈME} SYMPOSIUM DU RACHIS
PATHOLOGIES CERVICALES DÉGÉNÉRATIVES
Traitements médicaux et chirurgicaux

Le vendredi 21 novembre 2025 de 7 h 30 à 17 h
Amphithéâtre Pierre-Péladeau
1050, rue Saint-Denis, 1^{er} étage, pavillon A, Montréal Qc H2X 3J4

Une attestation de présence sera remise aux participants

Médecin \$100 ☐

Infirmières et infirmiers ☐

Résident, externe, étudiant ☐

Physiothérapeute ☐

Moniteur clinique (*Fellows*) ☐

Ergothérapeute ☐

Milieu de pratique (hôpital, université) :

Autre, précisez :

Aux fins de planification, nous vous saurions gré de bien vouloir faire parvenir ce formulaire dûment rempli
AVANT le mercredi 12 novembre 2025 minuit à l'adresse suivante :

symposium.rachis@gmail.com

Un lunch sera offert aux participants du CHUM sur place (en présentiel) qui auront fait parvenir leur inscription **AVANT le jeudi 13 novembre 2025 à minuit**.

PRÉNOM (caractères d'imprimerie) :

NOM DE FAMILLE (caractères d'imprimerie) :

MILIEU DE PRATIQUE :

Courriel (caractères d'imprimerie pour recevoir l'attestation) :

Téléphone :

RESTRICTIONS Oui ☐ Spécifiez : _____
ALIMENTAIRES Non ☐
VÉGÉTARIEN Oui ☐ Non ☐

MERCI!