

FORMULAIRE D'INSCRIPTION

6^{ÈME} SYMPOSIUM DE LA DIVISION DE NEUROCHIRURGIE **CARTOGRAPHIE CÉRÉBRALE** VERS LA NEUROCHIRURGIE DE PRÉCISION

Vendredi 12 décembre 2025 de 7 h 30 à 17 h 05
Amphithéâtre Pierre-Péladeau
1050, rue Saint-Denis, 1^{er} étage, pavillon A, Montréal Qc H2X 3J4

Une attestation de présence sera envoyée par courriel aux participants : 7.5 heures
Symposium offert uniquement en présentiel

Conférenciers et modérateurs ☐

Moniteur clinique (*Fellows*) ☐

Médecin membre ☐

Infirmières et infirmiers ☐

Résident, externe, étudiant ☐

Autre, précisez : Cliquez ici pour entrer du texte.

Spécialité, milieu de pratique (hôpital, université) : Cliquez ici pour entrer du texte.

Autre, précisez : Cliquez ici pour entrer du texte.

Aux fins de planification, nous vous saurions gré de bien vouloir faire parvenir ce formulaire dûment rempli
AVANT le dimanche 7 décembre 2025 à minuit à l'adresse suivante :
Symposium.division@gmail.com

Un lunch sera offert aux participants du CHUM sur place (en présentiel) qui auront fait parvenir leur inscription **AVANT le dimanche 7 décembre 2025 à minuit.**

PRÉNOM (caractères d'imprimerie) : Cliquez ici pour entrer du texte.

NOM DE FAMILLE (caractères d'imprimerie) : Cliquez ici pour entrer du texte.

MILIEU DE PRATIQUE : Cliquez ici pour entrer du texte.

Courriel (caractères d'imprimerie pour recevoir l'attestation) : Cliquez ici pour entrer du texte.

Téléphone : Cliquez ici pour entrer du texte.

RESTRICTIONS Oui ☐ Spécifiez : Cliquez ici pour entrer du texte.

ALIMENTAIRES Non ☐

VÉGÉTARIEN Oui ☐ Non ☐

MERCI!