

# Formulaire d'inscription

## Nom \*

Prénom

Nom de famille

## Date de naissance \*



Jour Mois Année

## Adresse \*

Numéro et rue

Ville

Province

Code Postal

## Téléphone (principal) \*

Indicatif régional

Numéro de téléphone

## Téléphone (cellulaire)

Indicatif régional

Numéro de téléphone

## Téléphone (travail)

Indicatif régional

Numéro de téléphone

## Adresse courriel \*

**Saisissez une question \***

**Cochez s'il y a lieu**

Personne vivant avec l'épilepsie ou entourage

Personnel médical ou hospitalier

Sympathisant

Autres

**Ajoutez votre Signature  
(obligatoire)**

---

**Date de la signature \***