



# FORMULAIRE D'INSCRIPTION



Nom :
Employeur ou cégep :
Adresse :
Courriel (obligatoire) :
Numéro de téléphone (obligatoire) :
<input type="checkbox"/> Non-membre <input type="checkbox"/> Étudiant(e)
<input type="checkbox"/> Je m'inscris au congrès complet (banquet inclus)
<input type="checkbox"/> Banquet supplémentaire
Je m'inscris au congrès <i>À la carte</i> <input type="checkbox"/> 1 journée <input type="checkbox"/> 2 journées

## MODE DE PAIEMENT

Carte de crédit     Code CVC (code de trois chiffres au verso)

Numéro de la carte \_\_\_\_\_

Date d'expiration \_\_\_\_/\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_

**Paiement par carte de crédit** (pour des raisons de sécurité, vous devez inscrire [les informations à la main](#) et retourner le formulaire par télécopieur au 514 931-3621 ou par la poste au 1440, rue Sainte-Catherine Ouest, bureau 721, Montréal, Québec, H3G 1R8)

### Besoins alimentaires particuliers

Les repas fournis devraient convenir à la plupart des régimes alimentaires. Si vous avez des allergies ou des besoins particuliers, veuillez SVP nous en informer :

arachides et noix  gluten  produits laitiers  régime végétarien

### Choix de conférences

Veuillez inscrire la lettre ou le chiffre correspondant à votre choix de conférences.

### VENDREDI 6 NOVEMBRE 2026

	1 <sup>er</sup> choix	2 <sup>e</sup> choix
9 h 05	Conférence d'ouverture <b>Regard sur notre profession</b>	
11 h	Plénière <b>Choisir avec soin en santé respiratoire</b>	
13 h 15 Innovation		
14 h 10		
15 h 50		

### SAMEDI 7 NOVEMBRE 2026

	1 <sup>er</sup> choix	2 <sup>e</sup> choix
9 h 30 Innovation		
11 h 05		
13 h 10		
14 h 45		
15 h 55	Conférence de clôture <b>Du murmure à une voix, l'impact de l'inhalothérapeute au sein d'</b>	

Le nombre de participants à chacune des conférences étant limité, nous nous réservons le droit d'inscrire les congressistes aux conférences incomplètes, advenant qu'il n'y ait aucun choix inscrit.