



FORMULAIRE D'INSCRIPTION POUR LES AMBASSADEUR·RICES

Prénom :

Date de naissance :

Nom de famille :

Adresse :

Téléphone :

Courriel :

Langue maternelle :

FR DE IT

Je peux participer à ce workshop en dehors de mon canton de résidence :

Oui Non

Je suis disponible comme ambassadeur·rice dans les cantons suivants :

<input type="checkbox"/>	AG	<input type="checkbox"/>	AI	<input type="checkbox"/>	AR	<input type="checkbox"/>	BE	<input type="checkbox"/>	BL
<input type="checkbox"/>	BS	<input type="checkbox"/>	FR	<input type="checkbox"/>	GE	<input type="checkbox"/>	GL	<input type="checkbox"/>	GR
<input type="checkbox"/>	JU	<input type="checkbox"/>	LU	<input type="checkbox"/>	NE	<input type="checkbox"/>	NW	<input type="checkbox"/>	OW
<input type="checkbox"/>	SG	<input type="checkbox"/>	SH	<input type="checkbox"/>	SO	<input type="checkbox"/>	SZ	<input type="checkbox"/>	TI
<input type="checkbox"/>	TG	<input type="checkbox"/>	UR	<input type="checkbox"/>	VD	<input type="checkbox"/>	VS	<input type="checkbox"/>	ZG
<input type="checkbox"/>	ZH								

Je suis membre du ZETA Movement :

Oui Non

Commentaires / Remarques :

Je confirme que j'ai lu les conditions de participation :

Oui Non



Je confirme la véracité de toutes les informations envoyées au ZETA Movement et m'engage à informer immédiatement l'association si mon état de santé change :

Oui Non

Lieu et date :

Signature :

Remarque : les dossiers de candidature des ambassadeur·rices sont lus par le comité et nos experts.

A joindre au formulaire d'inscription :

1. Quelles sont mes expériences en matière de santé mentale et pourquoi est-ce que je veux devenir un ambassadeur·rices du ZETA Movement (max. 1 page)
2. En tant qu' ambassadeur·rices, je souhaiterais axer ma participation aux visites scolaires sur les thèmes suivants (veuillez indiquer lesquels et en quoi ils sont liés à votre expérience de vie).