



FORMULAIRE D'INSCRIPTION POUR LES AMBASSADEURS

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 No

Je suis disponible comme ambassadeur 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 No

Commentaires / Remarques:

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

Oui No

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

Oui No

Lieu et date:

Signature:



A joindre au formulaire d'inscription:

1. Quelles sont mes expériences en matière de santé mentale et pourquoi je veux devenir un ambassadeur du ZETA Movement (max. 1 p.)
2. En tant qu'ambassadeur, 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)