|  |
| --- |
| **Renseignements sur le (la) candidat(e)** |
| Nom du (de la) candidat(e) : |
| Établissement ou organisation : |
| Poste occupé : |
| Téléphone : |
| Courriel : |
| Le (la) candidat(e) est membre en règle de CALAS/ACSAL :  OUI ou NON |
| Voulez-vous que votre affiche parlante soit publiée dans le magazine des membres?  OUI ou NON |

|  |
| --- |
| Titre de l’affiche: |
| Brève description de l'affiche parlante: |

Envoyez le formulaire rempli à [awards@calas-acsal.org](mailto:awards@calas-acsal.org) au plus tard le **31 May 2021**. Merci!