|  |
| --- |
| **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 au plus tard le **31 May 2021**. Merci!