

DEMANDE DE MODIFICATION DE RENCONTRE

Discipline : _____

Changement demandé par : _____
Responsable institution

Tél. : _____ Téléc. : _____ Courriel : _____

Coordonnées actuelles :

| Catégorie | N° | Date | Heure | Visiteur | Receveur |
|-----------|----|------|-------|----------|----------|
| | | | | | |

Raison du changement : *(changer de ligne, appuyer sur Tab)*

| Choix de reprise proposés par Demandeur | |
|-----------------------------------------|-------|
| Date | Heure |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

| Réponse de l'institution adverse | |
|----------------------------------|-------|
| Date | Heure |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

Nouvelles coordonnées officielles :

| Date | Heure | Visiteur | Receveur | Endroit |
|------|-------|----------|----------|---------|
| | | | | |

Acceptée par :

Équipe visiteuse date Équipe receveuse date

APRÈS acceptation finale par les **2** responsables d'institution,
retourner au RSEQ-QCA par télécopieur : (418) 657-1367