

FORMULAIRE D'INSCRIPTION POUR LES MÉDIAS

Date de la demande : DD / MM / AA

Nom du journaliste : _____ Nom du média représenté : _____

Courriel : _____ Téléphone : _____

Nature de la demande : (Cochez tous les choix qui s'appliquent.)

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Entrevue audio/baladodiffusion (podcast) | <input type="checkbox"/> Entrevue en personne | <input type="checkbox"/> Entrevue par écrit |
| <input type="checkbox"/> Entrevue avec un groupe d'experts | <input type="checkbox"/> Entrevue par liaison vidéo | <input type="checkbox"/> Citation |
| <input type="checkbox"/> Autre : _____ | | |

Où ce contenu sera-t-il partagé? (Cochez tous les choix qui s'appliquent.)

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Diffusion télévisée (en direct) | <input type="checkbox"/> Diffusion télévisée (pré-enregistrée) | <input type="checkbox"/> Journal (presse électronique) |
| <input type="checkbox"/> Journal (presse imprimée) | <input type="checkbox"/> Radio (en direct) | <input type="checkbox"/> Radio (pré-enregistrée) |
| <input type="checkbox"/> Réseaux sociaux | <input type="checkbox"/> Revue/magazine (presse électronique) | <input type="checkbox"/> Revue/magazine (presse imprimée) |
| <input type="checkbox"/> Site Web du média | <input type="checkbox"/> Spotify/Apple Music (baladodiffusion) | <input type="checkbox"/> Autre : _____ |

Domaine d'expertise souhaité : (Cochez tous les choix qui s'appliquent.)

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Centre d'imagerie cérébrale | <input type="checkbox"/> Gérontopsychiatrie | <input type="checkbox"/> La COVID-19 et la santé mentale |
| <input type="checkbox"/> La santé mentale et la loi | <input type="checkbox"/> Santé mentale générale et bien-être | <input type="checkbox"/> Santé mentale des femmes |
| <input type="checkbox"/> Santé mentale des hommes | <input type="checkbox"/> Santé mentale des jeunes | <input type="checkbox"/> Schizophrénie |
| <input type="checkbox"/> Traumatismes de stress opérationnel (TSO) | <input type="checkbox"/> Toxicomanie et troubles concomitants | <input type="checkbox"/> Trouble de stress post-traumatique (TSPT) |
| <input type="checkbox"/> Troubles de l'humeur et troubles anxieux | <input type="checkbox"/> Autre : _____ | |

Date limite de participation des experts (en cas de diffusion en direct, indiquez la date de diffusion) :

Nombre d'experts nécessaires :

Autres commentaires :