



Année _____

Formulaire d'intérêt Témoignage

*Veuillez écrire lisiblement s.v.p. et faire parvenir votre formulaire à CALACS L'Ancrage, C.P. 202, Saint-Jérôme, J7Z 5T9 ou par courriel à : info@calacslanfrage.ca

Nom :		
Pouvons-nous vous contacter ?	<input type="checkbox"/> Par téléphone	<input type="checkbox"/> Par courriel
Téléphones :		
Courriel :		

Informations de base sur l'agression ou les agressions

Ces informations sont à titres indicatifs et ne seront pas transmises aux personnes qui font une demande de témoignage.

Lien avec l'agresseur : _____

Âge de l'agression :

- Enfant
- Adolescent
- Jeune adulte
- Adulte

J'ai vécu de l'exploitation sexuelle :

- Oui
- Non

Type de témoignage

Je souhaite témoigner sur :

- Les services du CALACS
- Le système judiciaire
- Le processus de reprise de pouvoir
- Le vécu d'agression à caractère sexuel (histoire, conséquences, dévoilement, etc.)

Je suis disponible pour faire un témoignage à :

- La télévision
- La radio
- La presse écrite (ou revue)
- Un événement
- En prévention, sensibilisation et formation
- Accompagnement auprès d'instance gouvernementale

Pour protéger mon identité je souhaite témoigner :

- De façon anonyme (mon nom n'est pas cité ni les informations qui pourraient m'identifier)
- À visage couvert
- Avec une voix modifiée

Motivation

Décrivez brièvement votre motivation et vos intérêts.

