|  |  |
| --- | --- |
| Projet | 550D25010 Date : ⬜ 26 octobre ou ⬜ 6 décembre |
| Titre | Monsieur ¨ Madame ¨ |
| Participant ( e )  | Nom :  | Prénom:  |
| Date de naissance: |  |
| Courriel: |  |
| Téléphone : |  |
| Adresse : |  |
| Municipalité : |  |
| Code postal : |  |
| Employeur : |  |
| ¨ J’autorise le Service aux entreprises du Centre de services scolaire de la Côte-du-Sud à transmettre à mon employeur une copie de mon attestation et le registre de présence relatif à cette formation. Signature : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ date : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Section à compléter seulement pour : les compétences à la carte, reconnaissance des acquis et AEP** Code permanent ou Nom des deux parents : **Ne rien inscrire ici** |

* J’aimerais recevoir l’infolettre pour l’offre de formations par courriel.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Service aux entreprisesCentre de services scolaire de la Côte-du-Sud418 248-1001 poste 8490sae@csscotesud.gouv.qc.ca |  |  |