|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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 entreprises  Centre de services scolaire de la Côte-du-Sud  418 248-1001 poste 8490  [sae@csscotesud.gouv.qc.ca](mailto:sae@csscotesud.gouv.qc.ca) |  |  |