

Loi 90

Projet	☐ 550T25052 22 mai	
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@cscotesud.gouv.qc.ca