



TRANSPORT DES AÎNÉS
INSCRIPTION – circuit #05

NO DU DOSSIER :

NOM : _____

NO CIVIQUE & RUE: _____

MUNICIPALITÉ : Sainte-Anne-des-Plaines

CODE POSTAL : JON IH0 TÉLÉPHONE : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

EN CAS D'URGENCE :

PERSONNE À REJOINDRE & TÉLÉPHONE : _____

HANDICAP (S'IL Y A LIEU) OU AUTRE INFORMATION PERTINENTE:

À L'USAGE DE L'HÔTEL DE VILLE DE SAINTE-ANNE-DES-PLAINES

VALIDATION : NOM DE LA PERSONNE À L'HÔTEL DE VILLE QUI A PROCÉDÉ À L'INSCRIPTION :

Avis au personnel de l'hôtel de ville :
FAIRE PARVENIR LE FORMULAIRE PAR TÉLÉCOPIEUR À :
CHAMLANG SANGA
450 430-5092