

ADHÉSION À L'AMDES

Télécharger le document pour remplir
le formulaire en format PDF

RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Sexe M F	Prénom	Nom	Matricule
Adresse domicile			
Ville		Code postal	Courriel personnel
Téléphone	Domicile	Date de naissance jour / mois / année	
	Cellulaire		

RENSEIGNEMENTS EMPLOI

Votre affectation actuelle

Lieu de travail	Centre de services scolaire	Niveau d'enseignement	
Fonction	Téléphone	Poste	Courriel professionnel
S'agit-il d'une nomination ? TEMPORAIRE RÉGULIÈRE		S'agit-il d'un poste ? VACANT EN REMPLACEMENT	
Nom de la personne remplacée		Date de début de votre affectation	

VOTRE AFFECTATION ANTÉRIEURE

Lieu de travail	Centre de services scolaire	
Fonction	Téléphone	Poste

Signature

Date

**TRANSMETTRE VOTRE FORMULAIRE PAR COURRIEL À L'AMDES
ET À VOTRE CENTRE DE SERVICES SCOLAIRE**

AMDES
amdes@amdes.qc.ca

CSSDM
elgahri.i@cscdm.qc.ca

CSSMB
emilie.roy@csmb.qc.ca

CSSPI
marilyn-robert@csspi.gouv.qc.ca