

## ADHÉSION À L'AMDES

### Renseignements personnels

Nom	
Adresse domicile	
Ville	
Code postal	
Téléphone domicile	
Cellulaire	
Courriel maison	
Matricule	
NAS	
Date de naissance	

### Renseignements emploi

#### Votre affectation actuelle

Lieu de travail	
Fonction	
Téléphone et poste	
Courriel au travail	

S'agit-il d'une nomination ?

TEMPORAIRE

RÉGULIÈRE

S'agit-il d'un poste?

EN REMPLACEMENT

VACANT

Nom de la personne remplacée	
Début de votre affectation	

#### Votre affectation antérieure

Lieu de travail	
Fonction	
Téléphone et poste	

Signature

Date

**Vous devez acheminer votre formulaire à monsieur Carl Vézina**  
(par courriel)

Monsieur Carl Vézina

Vice Président AMDES-CSMB

Courriel : [carl.vezina@csmb.qc.ca](mailto:carl.vezina@csmb.qc.ca)

Et en copie conforme à l'AMDES à : [amdes@amdes.qc.ca](mailto:amdes@amdes.qc.ca)