



FORMULAIRE DE DEMANDE

Nom : _____

Adresse : _____

Numéro d'assurance sociale : _____

Groupe et niveau : _____ Section locale : _____

Nom et adresse de
l'établissement d'enseignement : _____

Titre du cours : _____

Dates du cours : _____ Frais d'inscription : _____

Recevez-vous des fonds provenant d'une
autre source pour suivre ce cours? Oui Non

Si oui, veuillez
donner des détails : _____

Soumettre au : Président national
 Syndicat des employées et employés nationaux
 150, rue Isabella, 9^e étage
 Ottawa (Ontario)
 K1S 1V7