



**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 AU :  
450 430-5092