



Association du personnel retraité du Centre jeunesse de Montréal

- J'autorise** le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal à remettre mes coordonnées à l'Association du personnel retraité du Centre jeunesse de Montréal.
- Je n'autorise pas** le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal à remettre mes coordonnées à l'Association du personnel retraité du Centre jeunesse de Montréal.

Nom de la personne retraitée

Matricule

Signature

Date de la retraite

Téléphone

Courriel

Date