



FORMULAIRE D'INSCRIPTION À L'ASSEMBLÉE ANNUELLE DE LA FECHIMM

À joindre à l'extrait du procès-verbal de votre coopérative
relatif à sa délégation à l'assemblée annuelle de la FECHIMM

Personnes déléguées (de 2 à 6, selon la taille de votre coop)

En vertu des règlements généraux de la Fédération, chaque coopérative membre a droit à deux délégué-e-s officiel-les par tranche de cinquante logements jusqu'à un maximum de six délégué-e-s par coopérative. Le nombre de droits de vote par coopérative est fixé en fonction du nombre de logements de la coopérative.

50 logements et moins: un (1) droit de vote - **51 à 100 logements:** deux (2) droits de vote - **101 logements et plus:** trois (3) droits de vote

Nom : _____

Tél. : _____

Courriel : _____

Rôle dans la coop : _____

Présence à l'AGA : Vendredi soir Samedi

Besoins particuliers : _____

Service de garde : Oui Non Si oui, nombre d'enfants _____

Nom : _____

Tél. : _____

Courriel : _____

Rôle dans la coop : _____

Présence à l'AGA : Vendredi soir Samedi

Besoins particuliers : _____

Service de garde : Oui Non Si oui, nombre d'enfants _____

Service de garde : Oui Non Si oui, nombre d'enfants _____

Nom : _____

Tél. : _____

Courriel : _____

Rôle dans la coop : _____

Présence à l'AGA : Vendredi soir Samedi

Besoins particuliers : _____

Service de garde : Oui Non Si oui, nombre d'enfants _____

Observateurs et observatrices (maximum 2)

Notez que, pour permettre la participation du plus grand nombre de délégué-e-s possible, les inscriptions des observateurs et observatrices ne pourront être confirmées qu'à partir du 24 avril.

Nom : _____

Tél. : _____

Courriel : _____

Rôle dans la coop : _____

Présence à l'AGA : Vendredi soir Samedi

Besoins particuliers : _____

Service de garde : Oui Non Si oui, nombre d'enfants _____

Important : En cas d'absence lors de l'AGA, des frais de 60 \$ par personne seront applicables. Vous avez jusqu'au 24 avril 2018 à midi pour annuler votre inscription sans frais.

Nom : _____

Tél. : _____

Courriel : _____

Rôle dans la coop : _____

Présence à l'AGA : Vendredi soir Samedi

Besoins particuliers : _____

Service de garde : Oui Non Si oui, nombre d'enfants _____

Nom : _____

Tél. : _____

Courriel : _____

Rôle dans la coop : _____

Présence à l'AGA : Vendredi soir Samedi

Besoins particuliers : _____

Service de garde : Oui Non Si oui, nombre d'enfants _____

Service de garde : Oui Non Si oui, nombre d'enfants _____

Nom : _____

Tél. : _____

Courriel : _____

Rôle dans la coop : _____

Présence à l'AGA : Vendredi soir Samedi

Besoins particuliers : _____

Service de garde : Oui Non Si oui, nombre d'enfants _____

Nom : _____

Tél. : _____

Courriel : _____

Rôle dans la coop : _____

Présence à l'AGA : Vendredi soir Samedi

Besoins particuliers : _____

Service de garde : Oui Non Si oui, nombre d'enfants _____

Veuillez nous transmettre ce formulaire dûment rempli par fax au 514-843-5241 ou par la poste à **FECHIMM – AGA 2018, 7000, avenue du Parc, bureau 206, Montréal (Québec) H3N 1X1**