

## REQUÊTE EN ACCRÉDITATION

ASSOCIATION REQUÉRANTE	EMPLOYEUR
Inscrire le nom exact, l'adresse complète et la section locale s'il y a lieu.	Inscrire le nom de l'employeur ou de la raison sociale apparaissant au Registraire des entreprises du Québec ( <a href="http://www.registreentreprises.gouv.qc.ca">www.registreentreprises.gouv.qc.ca</a> ) ainsi que son adresse complète.
Nom : Syndicat national des stagiaires en éducation (SNSE-CSQ)	Nom : Centre de services scolaire des Appalaches
Adresse : 9405, rue Sherbrooke Est	Adresse : 650, rue Lapierre
Ville : Montréal	Ville : Thetford Mines
Code postal : H1L 6P3	Code postal : G6G 7P1
Téléphone : 514 356-8888	Téléphone : 418 338-7800
Télécopieur : 514 798-0455	Télécopieur : 418 338-7845
Courriel :	Courriel : dgcsa@csappalaches.qc.ca

Association affiliée à : Centrale des syndicats du Québec (CSQ)

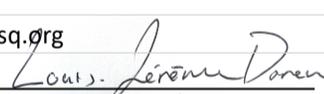
ASSOCIATION ACCRÉDITÉE	ÉTABLISSEMENT(S) VISÉ(S)
Inscrire le nom et l'adresse s'il y a lieu.	Si plus d'un établissement, annexe la liste au formulaire.
Nom :	Tous les établissements du Centre de services scolaire des Appalaches
Adresse :	
Ville :	
Code postal :	
Téléphone :	Adresse :
Télécopieur :	Téléphone :
Courriel :	Télécopieur :

Type d'entreprise : Éducation

L'association demande à être accréditée selon le Code du travail à l'égard du groupe de salariés suivant :

Tous les stagiaires en enseignement oeuvrant dans tous les établissements du Centre de services scolaire des Appalaches, salariés au sens du Code du travail

## MANDATAIRES

M. <input checked="" type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> Nom : Alvaro Vargas	M. <input checked="" type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> Nom : Louis-Jérôme Doran
Adresse : 9405, rue Sherbrooke Est	Adresse : 9405, rue Sherbrooke Est
Ville : Montréal	Ville : Montréal
Code postal : H1L 6P3	Code postal : H1L 6P3
Téléphone : 514 232-3542	Téléphone : 418 561-2754
Télécopieur : 514 798-0455	Télécopieur : 514 798-0455
Courriel : vargas.alvaro@lacsq.org	Courriel : doran.louis-jerome@lacsq.org
 Signature	 Signature

Fait à Montréal ce 10e jour de avril de l'année 2025  
et signé au nom de l'association par ses mandataires.

## REPRÉSENTANT OU REPRÉSENTANTE DE L'ASSOCIATION REQUÉRANTE

M. <input checked="" type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> Nom : Alvaro Vargas	
Adresse : 9405, rue Sherbrooke Est	Téléphone : 514232-3542
Ville : Montréal	Télécopieur : 514 798-0455
Code postal : H1L 6P3	Courriel : vargas.alvaro@lacsq.org

➔ Documents à déposer avec la requête : formules d'adhésion (originales ou copies).

FAIRE PARVENIR À L'UN DES DEUX BUREAUX SUIVANTS