



SERVICE COMMUNAUTAIRE

Le (la) travailleur(euse) touché(e) par le décès :

Nom : _____

Adresse : _____

Unité (lieu de travail) : _____

La personne décédée :

Nom : _____

Date du décès : _____

Lien de parenté : Père Mère Frère Sœur
Conjoint(e) Enfant

Don : (50.00\$)

À quelle fondation ?
