Centre intégré
de santé
et de services sociaux
de Laval
Québec

# ASSEMBLÉE DU CONSEIL D'ADMINISTRAITON

## Période de questions du public

Veuillez compléter ce formulaire et le remettre dans la boîte à cet effet au plus tard trente (30) minutes avant la tenue de l'assemblée. Merci.

**Nom, Prénom :** _____
**Direction et service :** _____
**Lieu de travail :** _____
**Adresse électronique :** _____
**Organisme externe :** _____
**Date :** _____

**Question(s) :**

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____