



FORMULE D'ADHÉSION

NOM

PRÉNOM

ADRESSE

CODE POSTAL

TÉLÉPHONE

_____ Ville de Sherbrooke

Employeur de l'adhérent(e)

Je, soussigné(e), donne librement mon adhésion à :

Syndicat des fonctionnaires municipaux et
Professionnels de la Ville de Sherbrooke

Nom du syndicat

Je m'engage à respecter les statuts et règlements de l'association
accréditée et de la Fédération indépendante des syndicats autonomes
(FISA).

J'autorise mon employeur à prélever sur mon salaire la cotisation fixée par
l'association.

En foi de quoi, j'ai signé le

JOUR

MOIS

ANNÉE

Signature de l'adhérent

Signature du témoin

Affilié à la Fédération indépendante
des syndicats autonome



Courrier électronique personnel : _____

S'il vous plaît, retourner le formulaire dûment rempli par courriel au sfmpsyndicat@outlook.com ou par
courrier interne à l'attention du SFMP Syndicat, 555 rue des Grandes-Fourches, bureau 290. Merci!