

**FORMULAIRE D’AFFICHAGE
DE LA MUNICIPALITÉ DE SAINT-ISIDORE-DE-CLIFTON**

Organisme : _____

Nom du responsable de la demande : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____

Courriel : _____

Date d’affichage : ____/____/____ au ____/____/____ (Maximum de 30 jours)
 Jour Mois Année Jour Mois Année

Message : (Maximum 3 lignes de 15 caractères, pour la lisibilité)

Télécopieur : 819-560-8559

Courriel : stic@hsfq.ca

La Municipalité de Saint-Isidore-de-Clifton se réserve le droit de modifier le message, de le refuser ou de le reporter à une date ultérieure.