

Veuillez cocher la case qui s'applique à votre établissement (l'un des deux ou les deux) :

- Collège privé d'enseignement
professionnel
- École privée

| | |
|-----------------------------------|---|
| Raison sociale de l'établissement | |
| Nom commercial de l'établissement | |
| Adresse du site Web | Numéro de facturation du fournisseur de la CSPAAT (si connu) 1000 |

Adresse où les services d'éducation et de formation sont fournis

| | | |
|---|----------|-------------|
| Rue | | |
| Ville | Province | Code postal |
| Adresse postale (si elle diffère de celle ci-dessus) | | |
| Rue | | |
| Ville | Province | Code postal |

Coordonnées

| | | |
|--------------------------------------|----------------|----------|
| Principale personne-ressource | | |
| Prénom | Nom de famille | Titre |
| Téléphone | Télécopieur | Courriel |
| Autre personne-ressource | | |
| Prénom | Nom de famille | Titre |
| Téléphone | Télécopieur | Courriel |

Déclaration

| | | |
|--|-----------|--------------------|
| Je, _____ <i>(Nom et titre; en caractères d'imprimerie)</i> suis habilité à signer la présente entente au nom de l'établissement. _____ <i>(nom de l'établissement, en caractères d'imprimerie)</i> accepte de se conformer au modalités de parrainage de la CSPAAT. | Signature | Date (jj/mmm/aaaa) |
|--|-----------|--------------------|

Veuillez envoyer le formulaire dûment rempli et signé à sponsorshipterms@wsib.on.ca

**Si vous ne pouvez pas l'envoyer par courriel, veuillez le télécopier à l'attention
de Catherine Desbois (réintégration au travail) au 416-344-4684 ou au 1-888-313-7373.**