

AVIS CONCERNANT L'ENDROIT où siégeront les commissions de révision

Municipalité _____	Date du scrutin Année Mois Jour
-----------------------	---

La ou les commissions de révision siégeront aux endroits, jours et heures suivants :

Jour (date)	Heures	Adresse	Numéros des sections de vote rattachées à cette commission
	De à		De à
	De à		De à
	De à		De à
	De à		De à
	De à		De à
	De à		De à
	De à		De à
	De à		De à
	De à		De à
	De à		De à
	De à		De à
	De à		De à
	De à		De à
	De à		De à

SIGNATURE _____

_____ Président(e) d'élection, greffier(-ière) ou secrétaire-trésorier(-ière)	 Année Mois Jour
--	---------------------