SCFP

Syndicat des Croupiers(es)
Casino de Montréal

FORMULAIRE D'ÉVÈNEMENT

CONFIDENTIEL

Date de la rencontre : _____

NOM : _____ **PRÉNOM :** _____

No de téléphone : _____ **No. d'employé :** _____

Équipe : _____ **Quart de travail :** _____

Supérieur immédiat : _____

Date de l'évènement : _____ **Heure de l'évènement :** _____

Évènement : _____

Intervention : _____

_____ _____

Signature de l'employé(e) **Signature du représentant syndical :**