

AVIS CONCERNANT L'ENDROIT où siégeront les commissions de révision

Municipalité	Date du scrutin						
_____	<table><tr><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td></tr><tr><td>Année</td><td>Mois</td><td>Jour</td></tr></table>	_____	_____	_____	Année	Mois	Jour
_____	_____	_____					
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

SIGNATURE

_____	<table><tr><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td></tr><tr><td>Année</td><td>Mois</td><td>Jour</td></tr></table>	_____	_____	_____	Année	Mois	Jour
_____	_____	_____					
Année	Mois	Jour					
Président(e) d'élection, greffier(-ière) ou secrétaire-trésorier(-ière)							