POUVOIR DE REPRESENTATION

ACEF POAA

|  |  |
| --- | --- |
| Je soussigné-e- |  |
| □Administrateur  □Administratrice | De l’ACEF POAA |
| Donne pouvoir à |  |
| Pour me représenter au Conseil d’Administration de l’ACEF POAA | |
| Qui se tiendra le |  |
| A l’effet de délibérer sur l’ordre du jour et en conséquence, prendre part à toutes discussions et délibérations, prendre connaissance des documents, émettre tous les votes. | |

Fait à………………………………….

Le………………………………………

Signature