Formulaire A16



Élection de la Chambre des représentants du 09 juin 2024

**Lettre aux présidents des bureaux de dépouillement A**

Nom

Adresse

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Canton électoral** | |  | |
| **Numéro du bureau de dépouillement** | |  | |
|  | | | |
| **I. Les bureaux de vote attribués à votre bureau de dépouillement :** | | | |
| Numéros des bureaux de vote | | |  |
|  |
|  |
|  |
| **II. Assesseurs désignés (1-4) et assesseurs suppléants (5-8)** | | | |
| Les assesseurs et assesseurs suppléants suivants ont été désignés : | | | |
|  | **Nom** | | **Prénom** |
| 1 |  | |  |
| 2 |  | |  |
| 3 |  | |  |
| 4 |  | |  |
| 5 |  | |  |
| 6 |  | |  |
| 7 |  | |  |
| 8 |  | |  |
| **III. Le lieu où vous devrez déposer le double du tableau de dépouillement** | | | |
| **Adresse** |  | | |
| **Numéro de téléphone**  (disponible uniquement en cas de problèmes avec le dépouillement) | | |  |
| **Signature** | | | |
| **Lieu** | | |  |
| **Date** | | |  |
| **Le président du bureau principal de canton** | | |  |
| APPORTER CE FORMULAIRE AU BUREAU DE DÉPOUILLEMENT | | | |