

Section 1 Identification de la personne physique		
Greg		M. <input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/>
Nom	Prénom	
Adresse		
Votre Adresse		
Ville	Région	Code Postal
( ) -	( ) -	( ) -
Téléphone-Domicile	Cellulaire	Téléavertisseur
AAAA-MM-JJ		
Date de Naissance	Adresse Électronique	
Avez-vous un ordinateur à la maison ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
Domaine de pratique		
PAB <input type="checkbox"/>	PAB gérontologie <input type="checkbox"/>	PAB santé mentale <input type="checkbox"/> Autres <input type="checkbox"/>
Autres : _____		
Section 2 Employeur actuel		
Employeur actuel ou le plus récent		Établissements Public <input type="checkbox"/> Privé <input type="checkbox"/>
CH <input type="checkbox"/> CHSLD public <input type="checkbox"/> CHSLD semi-privé <input type="checkbox"/> CLSC <input type="checkbox"/> Coopérative <input type="checkbox"/> Autres <input type="checkbox"/>		
Résidence pour personne âgées <input type="checkbox"/> Ressources Intermédiaires (RI) <input type="checkbox"/> Agences de placement <input type="checkbox"/>		
Autres : _____		
Nom de l'Établissement		Nom du Directeur Général
Adresse de l'Établissement		
Ville	Région	Code Postal
( ) -	( ) -	
Téléphone	Télécopieur	Adresse Électronique
Nom des Ressources Humaines		( ) - Téléphone
Type d'emploi : Travail autonome <input type="checkbox"/> Emploi salarié <input type="checkbox"/>		
Situation d'emploi : Permanent temps complet (TCR) <input type="checkbox"/> Occasionnel temps partiel (TPO) <input type="checkbox"/>		
Permanent temps partiel (TPR) <input type="checkbox"/>		

Section 3 Employeur Précédent			
Nom et adresse de votre Employeur précédent			
	De	à	
Votre titre d'emploi	Durée de votre emploi	Raison du départ	
Nom et titre de votre supérieur		Région	
( ) -	( ) -		
Téléphone	Télécopieur	Adresse Électronique	
Brève description de vos tâches et responsabilités			
Section 4 Formation			
Scolarité : Encercler la dernière année réussie			
Primaire 1 2 3 4 5 6 7 Secondaire 1 2 3 4 5	Formation : DEP (750) <input type="checkbox"/> Autres :	Collégiale <input type="checkbox"/>	
Nom du Centre de Formation Professionnelle (CFP)		Nom de l'enseignant(e) en lettres moulées	
Adresse du CFP		Ville du CFP	
Code Postal	Région	Téléphone du CFP	Télécopieur
Section 5 Déclaration et signature de la personne physique			
Déclaration et signature de la personne physique Je, soussigné, atteste que les renseignements et les documents fournis dans cette demande d'adhésion à la FPBQ sont vrais et complets. Je fais cette déclaration, la croyant consciencieusement vraie et sachant qu'elle a la même force et le même effet que si elle était faite sous serment en vertu de la <i>Loi sur la preuve au Canada</i> (art. 41). J'autorise la FPBQ à vérifier les renseignements et les documents fournis.			
Signature de la personne		Signé en date du	
Section 6 Frais d'admission et cotisation annuelle			
Cotisation : 70 \$/ an tx incluses Modes de paiement En un seul paiement par chèque personnel ou mandat- poste/chèque visé <input type="checkbox"/> <b>Carte de membre valide du 1 juin 2012 au 31 mai 2013</b> Reçu sera émis lors du paiement global et/ou au paiement total dû. <b>50 % de réduction sur votre carte de membre si vous détenez une assurance individuelle FPBQ avec Les services financiers C. Lachance inc. (PPA non admissible)</b> <b>Besoin de Renseignements : 418-833-5084</b>		Postez votre paiement : FPBQ CP 211 Lévis, Qc, G6V 6N8 (418) 835-2338	



### Section 7 Éléments complémentaires

Tout(e) préposé(e) aux bénéficiaires doit informer le bureau de la FPBQ qu'il (elle) a été déclaré(e) coupable d'une infraction disciplinaire, criminelle, ou pénale au Canada ou à l'étranger.

Avez-vous été déclaré(e) coupable de l'une ou l'autre des infractions suivantes dont vous n'auriez pas déjà informé le bureau de la FPBQ ?

Infraction disciplinaire  oui  Non  
 Infraction criminelle  oui  Non  
 Infraction pénale  oui  Non

### Section 9 Formation continue

Avez-vous une carte à jour de votre ?

PDSB  oui : date expiration de la carte : \_\_\_\_\_  non

RCR  oui : date expiration de la carte : \_\_\_\_\_  non

Je désire que l'on me transmette mon journal Gros Bon Sens à l'adresse courriel plutôt que par la poste :  oui : \_\_\_\_\_  Non

Adresse courriel

À l'usage de la FPBQ

[info@fpbq.com](mailto:info@fpbq.com)

No. de Membre : \_\_\_\_\_

Approuvé  Refusé  Motif : \_\_\_\_\_