

| 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"/> | | |
| Titre d'emploi | | |
| Infirmière <input type="checkbox"/> Inf. Aux. <input type="checkbox"/> Services auxiliaires <input type="checkbox"/> Employé(e) de bureau <input type="checkbox"/> Métier <input type="checkbox"/> | | |
| Autres : _____ | | |
| Section 2 Employeur actuel | | |
| Employeur | | |
| | | |
| Nom de l'Établissement | | Nom du Directeur Général |
| | | |
| Adresse de l'Établissement | | |
| | | |
| Ville | Région | Code Postal |
| () - | () - | |
| Téléphone | Télocopieur | Adresse Électronique |
| | | () - |
| Nom des ressources Humaine | | Téléphone |

| Section 3 Formation | | | |
|--|-------------------------------|--|-------------------------------------|
| Scolarité : Encercler la dernière année réussie | | | |
| Primaire 1 2 3 4 5 6 7 | et Secondaire 1 2 3 4 5 | Formation : DEP <input type="checkbox"/> Autres : | Collégiale <input type="checkbox"/> |
| Nom du Centre de Formation Professionnel (CFP) | | Nom de l'enseignant(e) en lettres moulées | |
| Adresse du CFP | | Ville du CFP | |
| Code Postal | Région | Téléphone du CFP | Télécopieur |
| Section 4 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 5 Frais d'admission et cotisation annuelle | | | |
| Cotisation : 100 \$/ an tx inclus | | Poster votre paiement : | |
| En un seul paiement par chèque ou mandat poste <input type="checkbox"/> | | FPBQ | |
| Carte de membre valide du 1 juin 2012 au 31 mai 2013 | | CP 211 | |
| Reçu sera émis lors du paiement global et/ou au paiement total dû. | | Lévis, Qc, G6V 6N8 | |
| 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) | | (418) 835-2338 | |
| Besoin de Renseignements : 418-833-5084 | | | |
| Entente C. Lachance <input type="checkbox"/> | | | |
| Je désire que l'on me transmette mon journal Gros Bon Sens à l'adresse courriel plutôt que par la poste : <input type="checkbox"/> oui : _____ <input type="checkbox"/> Non | | | |
| Adresse courriel | | | |
| À l'usage de la FPBQ | | | |
| info@fpbq.com | | | |
| No. De Membre : _____ | | | |
| Approuvé <input type="checkbox"/> Refusé <input type="checkbox"/> Motif : _____ | | | |
| 2011-09 FPBQ | | | |