



DEMANDE D'INSCRIPTION DE PARTICIPANT À LA FCDQ

Reçu temporaire



Nom de la ligue

Centre de quilles

ID du quilleur

ID FCDQ

Nom de famille

Prénom

Initiale

Nom au complet

Homme

Femme

Adresse postale

Apt

Nom de la ligue

Ville

Prov.

Cde postal

No tél.

Date de naissance (AA/MM/JJ)

Adresse de courriel

Cotisation payée dans cette ligue

Cotisation payée dans une autre ligue

Nom de l'autre ligue

\$

Si vous ne recevez pas votre carte d'identité de la FCDQ dans les 45 jours, veuillez contacter votre association locale.

Signature

Date

Montant payé de cotisation

Signature du/de la secrétaire de ligue

**JE DÉSIRE RECEVOIR UNIQUEMENT LES RÉCOMPENSES POUR LES SCORES À L'HONNEUR.
(PAS DE RÉCOMPENSES POUR LES EXPLOITS SPÉCIAUX)**

OUI, j'autorise la FCDQ à donner mon adresse courriel à des partenaires approuvés de marketing.

OUI, je désire faire un don à l'Équipe du Canada

Montant du don: \$

Valide pour 45 jours à partir du

Veuillez remettre votre don au/à la secrétaire de la ligue afin qu'il soit traité.

Date