|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **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. | |  |  |
|  | | | |  | | | | | | |  | Si vous ne recevez pas votre carte |
| Date de naissance (AA/MM/JJ) | | |  | Adresse de courriel | | | | | | |  | d’identité de la FCDQ dans les 45 jours, |
| Cotisation payée dans cette ligue | | | |  | | | | | | |  | veuillez contacter votre association locale. |
| Cotisation payée dans une autre ligue | | | | Nom de l’autre ligue | | | | | | |  |  |
|  | | | | |  | | | $ | | |  | Signature du/de la secrétaire de ligue |
| Signature | | | | | Date | | | Montant payé de cotisation | | |  |  |
| **JE DÉSIRE RECEVOIR UNIQUEMENT LES RÉCOMPENSES POUR LES SCORES À L’HONNEUR.**  **(PAS DE RÉCOMPENSESPOUR LES EXPLOITS SPÉCIAUX)** | | | | | | | | | | |  | Valide pour 45 jours à partir du |
| **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: | | | $ | | |  |  |
| Veuillez remettre votre don au/à la secrétaire de la ligue afin qu’il soit traité. | | | | | | | | | | |  | Date |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **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. | | | Code postal | | | | # de tél. | |  |  |
|  | | | |  | | | | | | | | |  | Si vous ne recevez pas votre carte |
| Date de naissance (AA/MM/JJ) | | |  | Adresse de courriel | | | | | | | | |  | d’identité de la FCDQ dans les 45 jours, |
| Cotisation payée dans cette ligue | | | |  | | | | | | | | |  | veuillez contacter votre association locale. |
| Cotisation payée dans une autre ligue | | | | Nom de l’autre ligue | | | | | | | | |  |  |
|  | | | | |  | | | | $ | | | |  | Signature du/de la secrétaire de ligue |
| Signature | | | | | Date | | | | Montant payé de cotisation | | | |  |  |
| **JE DÉSIRE RECEVOIR UNIQUEMENT LES RÉCOMPENSES POUR LES SCORES À L’HONNEUR.**  **(PAS DE RÉCOMPENSESPOUR LES EXPLOITS SPÉCIAUX)** | | | | | | | | | | | | |  | Valide pour 45 jours à partir du |
| **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: | | | $ | |  | | |  |  |
| Veuillez remettre votre don au/à la secrétaire de la ligue afin qu’il soit traité. | | | | | | | | | | | | |  | Date |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **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. | | | Code postal | | No tél. | |  |  |
|  | | | |  | | | | | | |  | Si vous ne recevez pas votre carte |
| Date de naissance (AA/MM/JJ) | | |  | Adresse de courriel | | | | | | |  | d’identité de la FCDQ dans les 45 jours, |
| Cotisations payées dans cette ligue | | | |  | | | | | | |  | veuillez contacter votre association locale. |
| Cotisations payées dans une autre ligue | | | | Nom de l’autre ligue | | | | | | |  |  |
|  | | | | |  | | |  | | |  | Signature du/de la secrétaire de ligue |
| Signature | | | | | Date | | |  | | |  |  |
| **JE DÉSIRE RECEVOIR UNIQUEMENT LES RÉCOMPENSES POUR LES SCORES À L’HONNEUR.**  **(PAS DE RÉCOMPENSESPOUR LES EXPLOITS SPÉCIAUX)** | | | | | | | | | | |  | Valide pour 45 jours à partir du |
| **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: | | | $ | | |  |  |
| Veuillez remettre votre don au/à la secrétaire de la ligue afin qu’il soit traité. | | | | | | | | | | |  | Date |