



DEMANDE D'INSCRIPTION DE PARTICIPANT À LA FCDQ

Reçu temporaire



| | | | |
|--|--|---------------------|----------------------------|
| Nom de la ligue | | Centre de quilles | |
| # ID FCDQ | Nom de famille | Prénom | Initiale |
| <input type="checkbox"/> Homme | | | |
| <input type="checkbox"/> Femme | Adresse postale | | # Apt |
| Ville | | Prov. | Cde postal No tél. |
| Date de naissance (AA/MM/JJ) | | Adresse de courriel | |
| <input type="checkbox"/> | Cotisation payée dans cette ligue | | |
| <input type="checkbox"/> | Cotisation payée dans une autre ligue | | Nom de l'autre ligue |
| Signature | | Date | Montant payé de cotisation |
| <input type="checkbox"/> | JE DÉSIRE RECEVOIR UNIQUEMENT LES RÉCOMPENSES POUR LES SCORES À L'HONNEUR. (PAS DE RÉCOMPENSES POUR LES EXPLOITS SPÉCIAUX) | | |
| <input type="checkbox"/> | OUI, j'autorise la FCDQ à donner mon adresse courriel à des partenaires approuvés de marketing. | | |
| <input type="checkbox"/> | 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. | | | |

| |
|--|
| # ID du quilleur |
| Nom au complet |
| Nom de la ligue |
| Si vous ne recevez pas votre carte d'identité de la FCDQ dans les 45 jours, veuillez contacter votre association locale. |
| Signature du/de la secrétaire de ligue |
| Valide pour 45 jours à partir du |
| Date |



DEMANDE D'INSCRIPTION DE PARTICIPANT À LA FCDQ

Reçu temporaire



| | | | |
|--|--|---------------------|----------------------------|
| Nom de la ligue | | Centre de quilles | |
| # ID FCDQ | Nom de famille | Prénom | Initiale |
| <input type="checkbox"/> Homme | | | |
| <input type="checkbox"/> Femme | Adresse postale | | Apt. # |
| Ville | | Prov. | Code postal # de tél. |
| Date de naissance (AA/MM/JJ) | | Adresse de courriel | |
| <input type="checkbox"/> | Cotisation payée dans cette ligue | | |
| <input type="checkbox"/> | Cotisation payée dans une autre ligue | | Nom de l'autre ligue |
| Signature | | Date | Montant payé de cotisation |
| <input type="checkbox"/> | JE DÉSIRE RECEVOIR UNIQUEMENT LES RÉCOMPENSES POUR LES SCORES À L'HONNEUR. (PAS DE RÉCOMPENSES POUR LES EXPLOITS SPÉCIAUX) | | |
| <input type="checkbox"/> | OUI, j'autorise la FCDQ à donner mon adresse courriel à des partenaires approuvés de marketing. | | |
| <input type="checkbox"/> | 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. | | | |

| |
|--|
| # ID du quilleur |
| Nom au complet |
| Nom de la ligue |
| Si vous ne recevez pas votre carte d'identité de la FCDQ dans les 45 jours, veuillez contacter votre association locale. |
| Signature du/de la secrétaire de ligue |
| Valide pour 45 jours à partir du |
| Date |



DEMANDE D'INSCRIPTION DE PARTICIPANT À LA FCDQ

Reçu temporaire



| | | | |
|--|--|---------------------|----------------------------|
| Nom de la ligue | | Centre de quilles | |
| # ID FCDQ | Nom de famille | Prénom | Initiale |
| <input type="checkbox"/> Homme | | | |
| <input type="checkbox"/> Femme | Adresse postale | | # Apt |
| Ville | | Prov. | Code postal No tél. |
| Date de naissance (AA/MM/JJ) | | Adresse de courriel | |
| <input type="checkbox"/> | Cotisations payées dans cette ligue | | |
| <input type="checkbox"/> | Cotisations payées dans une autre ligue | | Nom de l'autre ligue |
| Signature | | Date | Montant payé de cotisation |
| <input type="checkbox"/> | JE DÉSIRE RECEVOIR UNIQUEMENT LES RÉCOMPENSES POUR LES SCORES À L'HONNEUR. (PAS DE RÉCOMPENSES POUR LES EXPLOITS SPÉCIAUX) | | |
| <input type="checkbox"/> | OUI, j'autorise la FCDQ à donner mon adresse courriel à des partenaires approuvés de marketing. | | |
| <input type="checkbox"/> | 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. | | | |

| |
|--|
| # ID du quilleur |
| Nom au complet |
| Nom de la ligue |
| Si vous ne recevez pas votre carte d'identité de la FCDQ dans les 45 jours, veuillez contacter votre association locale. |
| Signature du/de la secrétaire de ligue |
| Valide pour 45 jours à partir du |
| Date |