|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **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(Milieu) |  | 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(Miieu) |  | 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(Milieu) |  | 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 |