



Document-Fiche de Membre

UN ORGANISME CATHOLIQUE FAMILIAL, FRATERNEL ET DE SERVICE

100-F 3/15

1	NUMÉRO DU CONSEIL	VILLE/VILLAGE/MUNICIPALITÉ/ÉTAT/PROVINCE DU CONSEIL	NO DE MEMBRE	DATE DE LECTURE (jour/mois/année)	DATE D'ÉLECTION (jour/mois/année)	DATE DU 1 ^{er} DEGRÉ (jour/mois/année)
	OPÉRATION <input type="checkbox"/> NOUVEAU MEMBRE <input type="checkbox"/> MINOR ADULTE <input type="checkbox"/> RÉINSTALLATION (jusqu'à 3 mois) <input type="checkbox"/> RÉACTIVATION (assurance inactive) <input type="checkbox"/> RÉADMISSION (jusqu'à 7 ans) <input type="checkbox"/> RÉAPPLICATION (jusqu'à 7 ans) <input type="checkbox"/> TRANSFERT D'ADHÉSION <input type="checkbox"/> CHANGEMENT DE DONNÉES <input type="checkbox"/> SUSPENSION, motif: _____			<input type="checkbox"/> DÉCÈS (jour/mois/année) TÉLÉPHONE: _____ LIEN DE PARENTÉ: _____ ADRESSE: _____ VILLE: _____ PROVINCE: _____	DONNER LES RENSEIGNEMENTS SUR LES SURVIVANTS CI-DESSUS PLUS PROCHE PARENT: _____ CODE POSTAL: _____	
3	NOM DE FAMILLE		PRÉNOM	INITIALES	TITRE	
	RUE		VILLE	ÉTAT / PROVINCE	CODE POSTAL	PAYS
	DATE DE NAISSANCE (jour/mois/année)	ÉTAT MATRIMONIAL	TÉLÉPHONE DOMICILE	TÉLÉPHONE BUREAU	CELLULAIRE	
	ADRESSE COURRIEL			PROFESSION / NOM DE L'EMPLOYEUR	3 DERNIERS CHIFFRES DU NAS XXXXX-_____	
4	*ÊTES-VOUS CATHOLIQUE PRATIQUANT EN UNION AVEC LE SAINT-SIÈGE? (VOIR LA DÉFINITION AU VERSO DE L'EXEMPLAIRE DU CONSEIL) <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		NOM DE LA PAROISSE VILLE/VILLAGE/MUNICIPALITÉ/ÉTAT/PROVINCE DE LA PAROISSE			ANCIEN ÉCUYER COLOMBIEN <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
	AVEZ-VOUS DÉJÀ POSÉ VOTRE CANDIDATURE? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		DEGRÉS REÇUS ET DATE (jour/mois/année) <input type="checkbox"/> 1. PREMIER: _____ <input type="checkbox"/> 2. DEUXIÈME: _____ <input type="checkbox"/> 3. TROISIÈME: _____ <input type="checkbox"/> 4. QUATRIÈME: _____			
	DATE À LAQUELLE VOUS AVEZ CESSÉ D'ÊTRE MEMBRE (jour/mois/année): _____ RAISON: _____		NUMÉRO DU DERNIER CONSEIL	VILLE / VILLAGE / MUNICIPALITÉ / ÉTAT / PROVINCE DU DERNIER CONSEIL		
5	PAR LA PRÉSENTE, JE RECOMMANDÉ LE CANDIDAT NOMMÉ CI-DESSUS COMME MEMBRE DES CHEVALIERS DE COLOMB _____ NOM DU PROPOSANT EN LETTRES MAJUSCULES		PAR LA PRÉSENTE, JE DÉCLARE ÉQUE LES RENSEIGNEMENTS CI-DESSUS SONT VRAIS ET EXACTS ET QUE JE RESPECTERAI LA « CHARTE, RÉGLEMENTS ET CONSTITUTION » DES CHEVALIERS DE COLOMB ET DE TOUT CONSEIL DONT JE SERAI ADHÉRENT ET QU'ENFIN J'ACCÉPTE QUE LA DÉCISION DU CONSEIL D'ADMINISTRATION SOIT RESPECTÉE EN TOUS POINTS. J'ACCÉPTE QUE LES CHEVALIERS DE COLOMB PUISSENT VÉRIFIER LES RENSEIGNEMENTS FOURNIS.			
	NOM DU MEMBRE DU PROPOSANT ET NO DU MEMBRE DU PROPOSANT (OBLIGATOIRE): _____		SIGNATURE DU CANDIDAT			
DATE (jour/mois/année)		SIGNATURE DU SECRÉTAIRE FINANCIER		SIGNATURE DU GRAND CHEVALIER		

Vous devez envoyer une copie de ce formulaire à l'agent du Conseil pour ses dossiers.