



L'ASSOCIATION DES ANCIENS DE LA GENDARMERIE ROYALE DU CANADA

Demande d'adhésion

| | | | |
|---------------------|---------------------------------|-----------------------------------|--|
| MATRICULE ORIGINALE | | | |
| GENRE DE PENSION | <input type="checkbox"/> G.R.C. | <input type="checkbox"/> L.P.F.P. | |
| | <input type="checkbox"/> M.D.N. | <input type="checkbox"/> AUTRE | |
| N° DE PENSION | | | |

REPLIR EN DUPLICATA, DACTYLOGRAPHIER OU ÉCRIRE CLAIREMENT EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE

| | | | | | | |
|--|-------------------------|------------------------------|-------------------|-------------|---|---|
| NOM DE FAMILLE | PRÉNOM(S) | GRADE AU LICENCEMENT | DATE DE NAISSANCE | Y | M | D |
| N° DE TÉLÉPHONE | DIVISIONS D'AFFECTATION | SERVICE AU SEIN DE LA G.R.C. | DU | AU | | |
| | | 1 | | | | |
| | | 2 | | | | |
| ADRESSE ACTUELLE (N° de rue, rue, ville, municipalité et province) | | | | Code postal | | |

| | | |
|---------------------------|-----------------|-----------------|
| NOM DU PLUS PROCHE PARENT | LIEN DE PARENTÉ | N° DE TÉLÉPHONE |
| ADRESSE | | Code postal |

| | | |
|---|------------|-----------------|
| EMPLOYEUR ACTUEL (s'il y a lieu) | | |
| NOM DE COMMERCE | OCCUPATION | N° DE TÉLÉPHONE |
| ADRESSE (N° de rue, rue, ville, municipalité et province) | | |

| | | |
|--|-----|-----------------|
| RÉPONDANTS (ils devraient être des membres actifs ou des anciens membres de la G.R.C.) | | |
| MATRICULE | NOM | N° DE TÉLÉPHONE |
| ADRESSE ACTUELLE (N° de rue, rue, ville, municipalité et province) | | Code postal |

| | | |
|--|-----|-----------------|
| MATRICULE | NOM | N° DE TÉLÉPHONE |
| ADRESSE ACTUELLE (N° de rue, rue, ville, municipalité et province) | | Code postal |

Je certifie que l'information fournie ci-haut est vraie au meilleur de ma connaissance.

SIGNATURE DE L'APPLICANT

DATE

| | |
|--|--------------------------------|
| AUTORISATION DE DIVULGER DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS | |
| J'autorise la G.R.C. à divulger n'importe quel renseignement à mon sujet, conformément au paragraphe 8(1) de la Loi sur la protection des renseignements personnels. | SIGNATURE DE L'APPLICANT |
| | DATE |

RETOURNER CE FORMULAIRE EN DUPLICATA AVEC \$ POUR LES FRAIS D'ADHÉSION À L'ADRESSE QUI SUIT.

| | | | | | | | | | | | | |
|----------------------------------|-----------------------------------|---|---|---|-------------------------------------|---|---|---|-------------|-----------------------------|--|----|
| À L'USAGE DE LA DIVISION | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> VÉRIFIÉ | <input type="checkbox"/> ACCEPTÉE | A | M | J | <input type="checkbox"/> REFUSÉE LE | A | M | J | FRAIS PAYÉS | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> OUI, AU MONTANT DE: | \$ |
| COMMENTAIRES | | | | | | | | | | | | |
| DIVISION DE L'ANCIEN ET ADRESSE | | | | | | SIGNATURE DU DIRECTEUR DE LA DIVISION | | | | | | |
| | | | | | | DATE | | | | | | |