

# FORMULAIRE D'INSCRIPTION - PENSIONS



## CLUB DE HOCKEY JUNIOR DE MONTRÉAL

1410, rue Stanley, bureau 602  
Montréal (Québec) H3A 1P8  
Tél.: (514) 670-2100 Téléc. : (514) 670-2258  
[www.juniordemontreal.com](http://www.juniordemontreal.com)

NUMÉRO DE RÉFÉRENCE:

SECTION 1		IDENTIFICATION DU CANDIDAT		
Nom de famille		Nom à la naissance (si différent)		Téléphone
Prénom(s)		Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Date de naissance	Téléphone
Adresse actuelle		Ville		Code postal
Numéro civique	Rue			
Lieu de naissance (Ville)		Province / État	Pays	
ADRESSES PRECEDENTES (5 dernières années)				
No civique	Rue	Ville	De (aa) (mm)	A (aa) (mm)

SECTION 2		IDENTIFICATION DE L'ORGANISME OU DE L'EMPLOYEUR		
Nom de l'organisme ou de l'employeur				
Numéro civique		Rue	Téléphone	
Ville		Code postal	Télécopieur	

SECTION 3		VÉRIFICATION DE L'IDENTITÉ DU CANDIDAT		
À COMPLETER PAR LE RESPONSABLE AUTORISÉ DE L'EMPLOYEUR				
J'atteste avoir vérifié l'identité du candidat au moyen des documents suivants (deux au minimum):				
<input type="checkbox"/> Permis de conduire	<input type="checkbox"/> Carte d'assurance maladie	<input type="checkbox"/> Carte de citoyenneté	<input type="checkbox"/> Autre, précisez:	
Numéro	Numéro	Numéro	Numéro	
Nom et prénom de la personne qui a procédé à la vérification			Téléphone	
Signature			Date (aa-mm-jj)	

### INSTRUCTIONS

1. Veuillez remplir et signer ce formulaire et l'envoyer par fax au 514-670-2258 ou par courriel au [fbernier@juniordemontreal.com](mailto:fbernier@juniordemontreal.com)
2. Le Club de Hockey Junior de Montréal s'engage à traiter confidentiellement le contenu de ce document
3. Veuillez allouer environ 6 semaines pour le traitement de la demande.

