



Formulaire MEMBERSHIP FORM

Nom de famille Last name	
Prénom First name	
Emploi Job title	
Date de naissance Birth date	
Allergies	
Adresse Street Address	
Ville City	
Code postal Postal code	
Téléphone maison Home phone #	() -
Téléphone travail Work phone #	() -
Fax #	() -
Cellulaire Cellular #	() -
Pageette Pager #	() -
Courriel E-mail	
Premiers soins/CPR (date d'expiration de la carte) CPR/first aid (card expiration date)	

<p>Tout autre cours pertinent (ex. : carte et boussole, survie en forêt, GPS, infirmier, ...) ou de l'information sur vous que vous pensez être bon pour nous de savoir en tant que groupe de recherche et sauvetage.</p> <p>Any other courses that you have taken (ex.: Map & Compass, Forest survey, GPS, nursing, ...) or information on yourself that you think could be useful for us to know as a Search & Rescue group.</p>	
--	--

Je, soussigné, comprends que toute l'information écrite dans ce formulaire est vrai.
I, undersigned, stipulate that all the information entered in this form is true.

Signature du membre:
Member's signature: _____

Date: _____