



Club de tir de Beauport
 255 Clémenceau
 CP 85064 succ. Beauport
 Québec (QC) G1C 0L2

Numéro de carte

FORMULAIRE D'INSCRIPTION

(remplir aussi le verso)

Nouveau membre Renouvellement Autre _____

IDENTIFICATION

Monsieur <input type="checkbox"/>	Madame <input type="checkbox"/>	Nom: _____	Prénom: _____	
Adresse _____			App. _____	Code Postal _____
Téléphones		Adresse électronique _____		
Rés. () _____	Bur. () _____	Cel. () _____	Page. () _____	
		Fédération Québécoise Tir	Numéro de carte _____	Date d'expiration _____
Numéro de permis d'acquisition et/ou de possession d'arme à feu _____				Date expiration _____

FORMATIONS SUIVIES

<input type="checkbox"/> ISAP	<input type="checkbox"/> CCSMAF	<input type="checkbox"/> ICA
<input type="checkbox"/> BLACK BADGE	<input type="checkbox"/> ICAF	<input type="checkbox"/> ICACB
<input type="checkbox"/> CCSMAFAR	<input type="checkbox"/> LOI 9 (date émission) _____	

QUALIFICATIONS

OFFICIEL	INSTRUCTEUR	MONITEUR
<input type="checkbox"/> IPSC <input type="checkbox"/> RO <input type="checkbox"/> CRO <input type="checkbox"/> RM	<input type="checkbox"/> Carabine <input type="checkbox"/> Chasse <input type="checkbox"/> Black Badge <input type="checkbox"/> ISAP <input type="checkbox"/> Pistolet <input type="checkbox"/> PPC <input type="checkbox"/> Sécurité <input type="checkbox"/> Loi 9	<input type="checkbox"/> Carabine <input type="checkbox"/> PPC
<input type="checkbox"/> SÉCURITÉ <input type="checkbox"/> Club <input type="checkbox"/> Provincial <input type="checkbox"/> National	<input type="checkbox"/> TIR DE CHASSE	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;">PESCOF</div>
<input type="checkbox"/> TIR PPC <input type="checkbox"/> Club <input type="checkbox"/> CPCA <input type="checkbox"/> Provincial	Précisez: _____ _____ _____ _____	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;">MONITEUR</div>
<input type="checkbox"/> UIT <input type="checkbox"/> Club <input type="checkbox"/> Provincial <input type="checkbox"/> National <input type="checkbox"/> International		<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;">INSTRUCTEUR</div>
		<input type="checkbox"/> CCSMAFAR

FORMULAIRE D'INSCRIPTION

(Suite)

CERTIFICATION: "Je soussigné(e), consens à ce que le Service de police de la Ville de Québec vérifie mes empêchements, c'est-à-dire, toute déclaration de culpabilité ou toute mise en accusation pour une infraction criminelle de nature à faire raisonnablement craindre pour la sécurité physique ou morale des personnes. Ce consentement autorise également le Service de Police de la Ville de Québec à faire les vérifications dans tous les dossiers et banques de données policières qui lui sont accessibles."

No permis de conduire : _____

Signature : _____

Date : _____

Date de naissance	Jour	Mois	Année	Profession
-------------------	------	------	-------	------------

CARTE FAMILIALE

RENSEIGNEMENTS SUR LES MEMBRES QUE VOUS INSCRIVEZ

Monsieur <input type="checkbox"/>	Madame <input type="checkbox"/>	Nom:		Prénom:		
Date de naissance	Jour	Mois	Année	FQT	Numéro	Expiration
Numéro de permis d'acquisition et/ou de possession d'arme à feu			Date expiration	<input type="checkbox"/> Loi 9 (date émission)		<input type="checkbox"/> Officiel de sécurité

Monsieur <input type="checkbox"/>	Madame <input type="checkbox"/>	Nom:		Prénom:		
Date de naissance	Jour	Mois	Année	FQT	Numéro	Expiration
Numéro de permis d'acquisition et/ou de possession d'arme à feu			Date expiration	<input type="checkbox"/> Loi 9 (date émission)		<input type="checkbox"/> Officiel de sécurité

RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION

<p style="text-align: center;">PAIEMENT REÇU :</p> <p><input type="checkbox"/> COMPTANT</p> <p><input type="checkbox"/> CHÈQUE</p> <p><input type="checkbox"/> MANDAT</p> <div style="text-align: right; margin-top: 20px;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block; font-size: 2em;">\$</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 20px; display: inline-block; margin-left: 10px;"></div> </div> <p style="margin-top: 20px;">Par: _____</p>	<table style="width: 100%;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Carte émise</td> <td><input type="checkbox"/> Reçu</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Horaire de tir</td> <td><input type="checkbox"/> Dépôt</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Écusson</td> <td><input type="checkbox"/> Fichier</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Règlement</td> <td><input type="checkbox"/> FQT</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Auto-collant</td> <td></td> </tr> </table> <p style="margin-top: 20px;">Numéro de validation _____</p>	<input type="checkbox"/> Carte émise	<input type="checkbox"/> Reçu	<input type="checkbox"/> Horaire de tir	<input type="checkbox"/> Dépôt	<input type="checkbox"/> Écusson	<input type="checkbox"/> Fichier	<input type="checkbox"/> Règlement	<input type="checkbox"/> FQT	<input type="checkbox"/> Auto-collant	
<input type="checkbox"/> Carte émise	<input type="checkbox"/> Reçu										
<input type="checkbox"/> Horaire de tir	<input type="checkbox"/> Dépôt										
<input type="checkbox"/> Écusson	<input type="checkbox"/> Fichier										
<input type="checkbox"/> Règlement	<input type="checkbox"/> FQT										
<input type="checkbox"/> Auto-collant											