

DOSSIER DU MEMBRE - RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

VALIDATION DES RENSEIGNEMENTS EXISTANTS

Nom : _____ Prénom : _____ Date de naissance : _____

Conjoint : _____ Prénom : _____ Date de naissance : _____

Adresse postale : _____

Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____

Adresse saisonnière (si applicable, précisez la période annuelle) : _____

Courriel membre : _____ Courriel conjoint : _____

Téléphone (domicile) : _____ Téléphone (bureau) : _____ Téléphone (cellulaire) : _____

Numéro de membre : _____ Date de retraite : _____

OCCUPATIONS PROFESSIONNELLES

Emplois antérieurs

Ministère / organisme	Fonctions / Titre	Durée
Ministère / organisme	Fonctions / Titre	Durée
Ministère / organisme	Fonctions / Titre	Durée

Emplois actuels (rémunérés ou bénévoles)

Ministère / organisme	Fonctions / Titre	Durée
Ministère / organisme	Fonctions / Titre	Durée
Ministère / organisme	Fonctions / Titre	Durée

INTÉRÊTS PERSONNELS

Intérêts d'ordre social :

- Déjeuner/dîner rencontre
 Déjeuner/dîner conférence

Thèmes suggérés :

Activités culturelles :

- Cours Lectures
 Théâtre Informatique

Autres :

Activités sportives :

- golf ski assister à un événement sportif Autres :

Préférences géographiques des activités :

- Montréal Centre Nord de Montréal Rive sud de Montréal Autre :

Participation ou bénévolat reliés à la section de Montréal

- Administration de la section
 Questions fiscales ou financières
 Recrutement /maintien des membres
 Soins de santé (politiques...)
 Médicaments et traitements curatifs/préventifs
(coûts, accessibilité...)
 Questions reliées aux pensions
 Service de santé publique

Autres :

Participer et/ou représenter la section auprès de divers forums gouvernementaux ou autres associations :

- Tables des aînés
 Conseils des aînés
 Associations/instituts de gériatrie.
 Formations des conducteurs de l'AQPR
 Formations financières
 Informatique

Intérêts pour de l'information périodique

- Assurances (auto, maison, vie, ...) Transport (en commun, auto, trains...)
 Régime de services médicaux, dentaires Voyages (forfaits/assurances)
 Publications internes Publications commerciales

Consentement

Nous devons avoir votre consentement afin de divulguer toute information contenue dans le présent document. Seuls le nom, l'adresse postale, l'adresse courriel ainsi que le dernier ministère d'emploi seront accessibles et ce, seulement aux autres membres en règle de la section de Montréal de l'ANRF. Les autres informations ne seront utilisées qu'à des fins administratives par les membres élus et le personnel embauché par la section.

Je suis d'accord avec cette pratique.

Signature

Faites parvenir ce formulaire à :

Par la poste : **Association nationale des retraités fédéraux (ANRF)**
Section de Montréal
1940 boul. Henri-Bourassa est, bureau 300
Montréal, (QC) H2B 1S1

Par courriel : **anrf-fsna@cadre.qc.ca**