



Formulaire d'inscription

Membre automobiliste

*= Information obligatoire

No de membre _____
(Réservé à l'administration)

* Partie 1 - Identification de la personne						
Nom de famille		Prénom				
Date de naissance:		<input type="checkbox"/>	Homme			
		<input type="checkbox"/>	Femme			
Adresse de résidence:	No	Rue	No d'app.	Municipalité	Code postal	
No de téléphone:	Résidence:	Travail:		Autre:		
Adresse de courriel:			Vous êtes		Fumeur <input type="checkbox"/>	
					Non-Fumeur <input type="checkbox"/>	
Vous souhaitez être contacté, de façon générale, par:		<input type="checkbox"/>	Téléphone		<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	Courriel		Télécopieur: No: _____	
No de permis de conduire:						
No d'immatriculation de votre véhicule:						
Nom de votre compagnie d'assurance:						
No de votre police d'assurance:						
Date d'expiration de votre contrat d'assurance:						
Je m'engage à respecter les règlements applicables à Transport Coup de Pouce :						
Signature du membre			Date			
X						
Protection des renseignements personnels						
Les renseignements personnels recueillis par le Transport Coup de Pouce seront traités confidentiellement.						
Partie 2 - Offres de service (Si déjà déterminées) :						
Offre régulière <input type="checkbox"/>		Offre occasionnelle <input type="checkbox"/>				
Nombre de places disponibles: _____						
Municipalité de départ			Municipalité d'arrivée			
Trajet:						
Horaire:	Lundi <input type="checkbox"/>	Mardi <input type="checkbox"/>	Mercredi <input type="checkbox"/>	Jeudi <input type="checkbox"/>	Vendredi <input type="checkbox"/>	Week-end <input type="checkbox"/>
Heure du départ: _____						
Heure du retour: _____						
Autres informations pertinentes:						