

1	NUMÉRO DU CONSEIL _____	VILLE/VILLAGE/MUNICIPALITÉ/ÉTAT/PROVINCE DU CONSEIL _____	NO DE MEMBRE _____	DATE DE LECTURE (JOUR/MOIS/ANNÉE) _____	DATE D'ÉLECTION (JOUR/MOIS/ANNÉE) _____	DATE DU 1 ^{er} DEGRÉ (JOUR/MOIS/ANNÉE) _____
2	OPÉRATION <input type="checkbox"/> NOUVEAU MEMBRE <input type="checkbox"/> MINEUR ADULTE <input type="checkbox"/> RÉINSTALLATION (jusqu'à 3 mois) <input type="checkbox"/> RÉACTIVATION (assurance inactif) <input type="checkbox"/> RÉADMISSION (jusqu'à 7 ans) <input type="checkbox"/> RÉAPPLICATION (jusqu'à 7 ans) <input type="checkbox"/> TRANSFERT D'ADHÉSION <input type="checkbox"/> CHANGEMENT DE DONNÉES <input type="checkbox"/> SUSPENSION, motif: <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-left: 20px;"></div>		<input type="checkbox"/> DÉCÈS JOUR/MOIS/ANNÉE _____ TÉLÉPHONE: _____ LIEN DE PARENTÉ: _____ ADRESSE: _____ VILLE: _____ PROVINCE: _____	DONNER LES RENSEIGNEMENTS SUR LES SURVIVANTS CI-DESSOUS PLUS PROCHE PARENT: _____ _____ _____ _____		
3	NOM DE FAMILLE _____		PRÉNOM _____	INITIALES _____	TITRE _____	
	RUE _____	VILLE _____	ÉTAT / PROVINCE _____	CODE POSTAL _____	PAYS _____	
	DATE DE NAISSANCE (JOUR/MOIS/ANNÉE) _____	ÉTAT MATRIMONIAL _____	TÉLÉPHONE DOMICILE _____	TÉLÉPHONE BUREAU _____	CELLULAIRE _____	
	ADRESSE COURRIEL _____		PROFESSION / NOM DE L'EMPLOYEUR _____		3 DERNIERS CHIFFRES DU NAS XXXXXX-____	
4	*ÊTES-VOUS CATHOLIQUE PRATIQUANT EN UNION AVEC LE SAINT-SIÈGE? (VOIR LA DÉFINITION AU VERSO DE L'EXEMPLAIRE DU CONSEIL.) <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		NOM DE LA PAROISSE _____ VILLE/VILLAGE/MUNICIPALITÉ /ÉTAT/PROVINCE DE LA PAROISSE _____		ANCIEN ÉCUYER COLOMBIEN <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
	AVEZ-VOUS DÉJÀ POSÉ VOTRE CANDIDATURE? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		DEGRÉS REÇUS ET DATE (JOUR/MOIS/ANNÉE) <input type="checkbox"/> 1. PREMIER: _____ <input type="checkbox"/> 2. DEUXIÈME: _____ <input type="checkbox"/> 3. TROISIÈME: _____ <input type="checkbox"/> 4. QUATRIÈME: _____			
	DATE À LAQUELLE VOUS AVEZ CESSÉ D'ÊTRE MEMBRE (JOUR/MOIS/ANNÉE): _____ RAISON: _____		NUMÉRO DU DERNIER CONSEIL _____	VILLE / VILLAGE / MUNICIPALITÉ / ÉTAT / PROVINCE DU DERNIER CONSEIL _____		
5	PAR LA PRÉSENTE, JE RECOMMANDE LE CANDIDAT NOMMÉ CI-DESSUS COMME MEMBRE DES CHEVALIERS DE COLOMB _____ NOM DU PROPOSANT EN LETTRES MAJUSCULES _____ NOM DU MEMBRE DU PROPOSANT ET NO DU MEMBRE DU PROPOSANT (OBLIGATOIRE): _____		PAR LA PRÉSENTE, JE DÉCLARE EQUÉ LES RENSEIGNEMENTS CI-DESSUS SONT VRAIS ET EXACTS ET QUE JE RESPECTERAI LA « CHARTE, RÉGLEMENTS ET CONSTITUTION » DES CHEVALIERS DE COLOMB ET DE TOUT CONSEIL DONT JE SERAI ADHÉRENT ET QU'ENFIN J'ACCÉPTE QUE LA DÉCISION DU CONSEIL D'ADMINISTRATION SOIT RESPECTÉE EN TOUS POINTS. J'ACCÉPTE QUE LES CHEVALIERS DE COLOMB PUISSENT VÉRIFIER LES RENSEIGNEMENTS FOURNIS. _____ SIGNATURE DU CANDIDAT			
	DATE (JOUR/MOIS/ANNÉE) _____	SIGNATURE DU SECRÉTAIRE FINANCIER _____		SIGNATURE DU GRAND CHEVALIER _____		