



FORMULAIRE D'ADHÉSION POUR ÊTRE VÉRIFICATEUR

ATTENTION : Veuillez écrire en lettres moulées à l'encre bleue ou noire.

A RENSEIGNEMENTS SUR LE DEMANDEUR

1. a) Nom de famille		b) Prénom		c) Initiale ou second prénom	
d) Date de naissance (A/M//J)		e) Rue / Emplacement de la propriété / Route rurale / Case postale			f) App. / Unité
g) Ville		h) Province / Territoire		i) Code postal	
j) Numéro de permis d'armes à feu		k) Date d'expiration	l) Langue <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Autre (veuillez préciser) _____		
m) Profession			n) Avez-vous accès à un ordinateur muni d'un lecteur cédérom? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
COORDONNÉES (indiquez le moyen par lequel le Centre des armes à feu Canada peut communiquer avec vous)					
2. a) Numéro de téléphone () - Poste <input type="checkbox"/> jour <input type="checkbox"/> soir		b) Numéro de télécopieur () -		c) Adresse de courrier électronique (s'il y a lieu)	
d) Voulez-vous offrir des services de vérification au public? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui ►		Si oui, inscrivez le numéro de téléphone qui devrait être communiqué au public (le Centre des armes à feu Canada fournira votre nom et ce numéro de téléphone aux membres du public qui demandent la vérification). N° de tél. : () -			

B RENSEIGNEMENTS SUR L'ENTREPRISE OU L'AGENCE DE SERVICES PUBLICS

(doit être rempli si la demande est présentée au nom d'une entreprise ou d'une agence de services publics)

3. a) Dénomination sociale de l'entreprise ou de l'agence de services publics		b) Rue / Emplacement de la propriété / Route rurale / Case postale		c) App. / Unité	
d) Ville		e) Province / Territoire		f) Code postal	
g) Numéro de permis d'armes à feu de l'entreprise (le numéro de l'agence de services publics n'est pas requis)				h) Date d'expiration du permis	

C CATÉGORIE DE VÉRIFICATEUR

4. Catégorie (cochez une seule case)

Entreprise Préposé aux armes à feu Club / Organisation Fabricant

Agent de police / Agent public Particulier Autre

D SIGNATURE DU DEMANDEUR

Signature du demandeur

Date (A / M / J)

**Une fois rempli, envoyez ce formulaire par télécopieur au (613) 941-1991 ou par la poste à l'adresse :
Centre des armes à feu Canada, Réseau des vérificateurs, Ottawa (Ontario) K1A 1M6
Tél. : 1 800 731-4000, poste 1052**

DOIT ÊTRE REMPLI PAR LE COORDONNATEUR NATIONAL DU RÉSEAU DES VÉRIFICATEURS

<input type="checkbox"/> CIPC	<input type="checkbox"/> Formé	<input type="checkbox"/> SCIRAF	Formé par	Date de la formation
<input type="checkbox"/> TRAF	<input type="checkbox"/> Trousse	<input type="checkbox"/> Certificat et pièce d'identité	Numéro de vérificateur	

Si vous avez besoin d'aide pour remplir ce formulaire, veuillez composer le 1 800 731-4000, poste 1052.