

**DEMANDE D'ADHÉSION POUR REGROUPEMENT DES RETRAITÉS**

**IDENTIFICATION**

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ No de tél. : (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_

**DERNIER EMPLOYEUR**

Date effective de la retraite : \_\_\_\_\_

Établissement : \_\_\_\_\_

Adresse de l'établissement : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ No de tél. : (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Classe salariale : \_\_\_\_\_ No de télécopieur : (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**RENSEIGNEMENTS PERSONNELS**

Date de naissance : \_\_\_\_\_ No d'ass. soc. : \_\_\_\_\_

Langue(s) parlée(s) : \_\_\_\_\_

Formation académique

Dernier cours complété : \_\_\_\_\_

Diplôme obtenu : \_\_\_\_\_ Année d'obtention : \_\_\_\_\_

Nom de l'institution : \_\_\_\_\_

Expérience

Au sein du réseau : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

A l'extérieur du réseau : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**INFORMATIONS TECHNIQUES**

Le taux annuel de la cotisation pour le regroupement des retraités est fixé à 75 \$ pour l'année 2022-2023.

-----  
-----

En cette qualité, je désire adhérer à l'Association des cadres supérieurs de la santé et des services sociaux, regroupement des retraités et je m'engage à respecter les règlements et politiques de l'Association.

**MONTANT DE L'ADHÉSION : 75,00 \$ + 5\$ de frais d'adhésion la première année (S'il vous plaît, joindre un chèque de 80\$ ou faire un virement Interac à [chantal.beaulieu.acsss@sss.gouv.qc.ca](mailto:chantal.beaulieu.acsss@sss.gouv.qc.ca). La réponse à la question de sécurité devra être cotisation en minuscules.)**

Date : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_