

Liste des membres - 2018-2019

Formulaire de demande ou de renouvellement d'adhésion et mise à jour du répertoire des membres

* Obligatoire



Identité du membre

1. Nom *

2. Prénom *

3. Cotisation à l'AQRAFE *

Avez-vous payé votre cotisation à l'AQRAFE pour l'année 2018-2019 ?

Marquez un seul ovale.

oui *Passez à la question 5*

non *Passez à la question 4*

Paiement
de votre
cotisation

Si vous n'avez pas encore payé votre cotisation à l'AQRAFE pour l'année 2018-2019, vous devez envoyer un chèque libellé à l'ordre de "AQRAFE" par la poste, accompagné du formulaire d'avis de cotisation 2018-2019 dûment rempli à :

Yong Yang
Vice-président aux finances de l'AQRAFE

École de technologies supérieures
1100 rue Notre-Dame Ouest
Service aux étudiants, Bureau E30-42
Montréal (Québec) H3C 1K3

Pour toute question, envoyez un courriel à yong.yang@estmtl.ca

4. Cotisation à l'AQRAFE *

Le premier membre d'un établissement d'enseignement doit payer une cotisation annuelle de 100 \$. Chaque autre membre régulier du même établissement d'enseignement doit payer une cotisation annuelle de 50 \$.

Cochez toutes les réponses qui s'appliquent.

- Premier membre (cotisation 100 \$ / an)
 Membre régulier (cotisation 50 \$ / an)

Fonction et établissement d'enseignement

5. Université - Cégep *

Indiquez le nom de votre université ou de votre cégep (ex : UQAM)

6. Bureau

Indiquez le bureau dans lequel vous travaillez (ex : Service aux étudiants)

7. Titre professionnel *

Indiquez votre titre professionnel (ex : Coordonnateur à l'aide financière)

8. Quel est votre champ d'expertise?

Cochez toutes les réponses qui s'appliquent.

- Aide financière aux études (Québec)
- Aide financière des autres provinces canadiennes (ROC)
- Prêts américains
- Bourses d'études
- Littératie financière
- Autre : _____

Coordonnées professionnelles

9. Courriel *

Indiquez votre adresse courriel professionnelle (ex : prenom.nom@universite.ca)

10. Numéro de téléphone *

Indiquez votre numéro de téléphone professionnel. Format de saisie : (514) 111-2222

11. Numéro de poste

Indiquez votre numéro de poste, s'il y a lieu

12. Numéro de télécopieur *

Indiquez votre numéro de télécopieur professionnel. Format de saisie : (514) 333-4444

13. Adresse professionnelle *

14. Ville *

15. Code postal *

Déclaration
sur
l'honneur
et envoi du
formulaire

En cliquant sur "Envoyer", je déclare que les renseignements fournis dans la présente demande d'adhésion sont exacts et complets. Je m'engage à payer la cotisation obligatoire correspondant à ma catégorie de membre.



Ce contenu n'est ni rédigé, ni cautionné par Google.

Google Formulaires