



POSTES AU CONSEIL D'ADMINISTRATION 2018-2020

RAPPEL IMPORTANT

Les trousse de mise en candidatures, incluant le présent formulaire dûment complété et toutes les pièces justificatives requises, doivent être envoyées au bureau de l'AFO au 435, rue Donald bureau 336, Ottawa Ontario K1K 3M7 ou par courriel à membres@monassemblee.ca ou par télécopieur au 613-744-8861 **AU PLUS TARD LE 13 OCTOBRE 2018 À 16 H.**

Toute trousse de mise en candidature reçue après cette date et heure ou incomplète sera automatiquement rejetée.

RENSEIGNEMENTS DE LA CANDIDATE OU DU CANDIDAT

POSTE CONVOITÉ		NOM	
ADRESSE CIVIQUE PERSONNELLE			
ADRESSE POSTALE PERSONNELLE (si différente de l'adresse civique)			
VILLE		PROVINCE	CODE POSTAL
TÉLÉPHONE		CELLULAIRE	
COURRIEL			

ATTESTATION DE LA CANDIDATE OU DU CANDIDAT

Conformément aux critères d'admissibilité des administrateurs et l'article 4.2 des Règlements administratifs de l'AFO, j'atteste que : (cochez les cases correspondantes)

- je suis de citoyenneté canadienne ou résident permanent au Canada;
- j'ai au moins dix-huit ans;
- je réside en Ontario;
- je m'exprime aisément en français;
- je n'ai pas été déclaré incapable par un tribunal compétent;
- je n'ai pas le statut de failli;
- je suis membre individuel de l'AFO
- je certifie avoir joint une copie de mon certificat de naissance d'une des provinces et territoires canadiens, OU mon certificat de citoyenneté canadienne, OU de résidence permanente; et
- je certifie avoir joint une copie de mon permis de conduire de l'Ontario valide OU un document émis par toute instance gouvernementale dans les derniers douze mois et qui indique mon adresse en Ontario.

Signature de la candidate ou du candidat

Date

Signature du témoin

Date



RENSEIGNEMENTS SUR LE PROPOSEUR

À REMPLIR PAR LE REPRÉSENTANT AUTORISÉ DU MEMBRE EN RÈGLE PROPOSEUR

NOM DE L'ORGANISME OU DE L'INSTITUTION MEMBRE

NOM DU REPRÉSENTANT AUTORISÉ

TITRE (cocher la case correspondante)	<input type="checkbox"/> Président(e)	<input type="checkbox"/> Directeur(trice) général(e)	<input type="checkbox"/> Autre (précisez) :
---------------------------------------	---------------------------------------	--	---

ADRESSE

VILLE	PROVINCE	CODE POSTAL
-------	----------	-------------

TÉLÉPHONE	CELLULAIRE
-----------	------------

COURRIEL

SIGNATURE DU MEMBRE EN RÈGLE AUTORISÉ

RENSEIGNEMENTS SUR L'APPUYEUR

À REMPLIR PAR LE REPRÉSENTANT AUTORISÉ DU MEMBRE EN RÈGLE APPUYEUR

NOM DE L'ORGANISME OU DE L'INSTITUTION MEMBRE

NOM DU REPRÉSENTANT AUTORISÉ

TITRE (cocher la case correspondante)	<input type="checkbox"/> Président(e)	<input type="checkbox"/> Directeur(trice) général(e)	<input type="checkbox"/> Autre (précisez) :
---------------------------------------	---------------------------------------	--	---

ADRESSE

VILLE	PROVINCE	CODE POSTAL
-------	----------	-------------

TÉLÉPHONE	CELLULAIRE
-----------	------------

COURRIEL

SIGNATURE DU MEMBRE EN RÈGLE AUTORISÉ

