



MEMBERSHIP AND INFORMATION CHANGE FORM

NEW APPLICATION
I hereby apply to become a member of ACFO-ACAF.

INFORMATION CHANGES

| |
|--|
| Name: |
| Gender: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Non-binary / genderqueer <input type="checkbox"/> Prefer not to say |

| | | | | | | |
|-------------------------|---|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Language of Preference: | <input type="checkbox"/> English | <input type="checkbox"/> Français | | | | |
| Group / Subgroup: | <input type="checkbox"/> CT-EAV (former AU) | <input type="checkbox"/> CT-FIN (former public service FI) | | | | |
| | <input type="checkbox"/> CT-IAU (former IA) | <input type="checkbox"/> FI (NAV Canada) | | | | |
| Level: | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 |
| Designation: | <input type="checkbox"/> CPA | <input type="checkbox"/> Other: | | | | |
| Other Education: | | | | | | |

WORK

| | |
|--------------|------------|
| Department: | |
| Address: | |
| City: | Province: |
| Postal Code: | Telephone: |
| Email: | |

HOME

| | |
|--------------|------------|
| Address: | |
| City: | Province: |
| Postal Code: | Telephone: |
| Email: | |

| | |
|-------------|--------|
| Signature : | Date : |
|-------------|--------|

Please submit this form by email, fax or mail
193 Richmond Road, Ottawa, ON, K1Z 6W4
Tel. 613-728-0695 | Fax: 613-761-9568
info@acfo-acaf.com



FORMULAIRE D'ADHÉSION ET CHANGEMENTS DE RENSEIGNEMENTS

- NOUVELLE DEMANDE
La présente constitue ma demande d'adhésion à l'ACFO-ACAF.
- CHANGEMENTS DE RENSEIGNEMENTS

| |
|---|
| Nom : |
| Sexe : <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> Non-binaire / de genre queer <input type="checkbox"/> Vous préférez ne pas répondre |

| | | | | | | |
|------------------------|---|--|---|--|----------------------------|----------------------------|
| Choix de langue : | <input type="checkbox"/> English | <input type="checkbox"/> Français | | | | |
| Groupe / Sous-groupe : | <input type="checkbox"/> CT-EAV (ancien AU) | <input type="checkbox"/> CT-FIN (ancien FIs de la fonction publique) | <input type="checkbox"/> CT-IAU (ancien AS) | <input type="checkbox"/> FI (NAV Canada) | | |
| Niveau : | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 |
| Désignation : | <input type="checkbox"/> CPA | <input type="checkbox"/> Autre : | | | | |
| Autres études : | | | | | | |

TRAVAIL

| | |
|---------------|-------------|
| Ministère : | |
| Adresse : | |
| Ville : | Province : |
| Code Postal : | Téléphone : |
| Courriel : | |

DOMICILE

| | |
|---------------|-------------|
| Adresse : | |
| Ville : | Province : |
| Code Postal : | Téléphone : |
| Courriel : | |

| | |
|-------------|--------|
| Signature : | Date : |
|-------------|--------|