



| |
|------------------------------|
| ADMINISTRATION CPMDQ |
| No. ID Local # _____ |
| Date Enregistrement : _____ |
| Code de paiement (C/E) _____ |

INFORMATION SUR LE LOCAL CPMDQ / INFORMATION ON CPMDQ LOCAL
(clinique/clinic, Centre de conditionnement/Fitness center, école/school)

| | |
|------------------|----------------|
| NOM/NAME | ADRESSE |
| TELEPHONE | |
| E-MAIL | WEB |

APPOINTEZ (3) ADMINISTRATEURS DU LOCAL / APPOINT (3) ADMINISTRATORS OF THE LOCAL
CONDITION : Seuls les citoyens canadiens agé de seize ans et plus peuvent être membres du conseil d'administration d'un syndicat ou faire partie de son personnel. Les règlements du syndicat doivent prévoir au moins 3 administrateurs. Si les administrateurs sont thérapeutes ils doivent être membre de la CPMDQ. Only Canadian citizens aged 16 and over can be members of a union's board of directors or be part of its staff. The union's bylaws must include at least 3 directors. If the administrators are therapists they must be members of the CPMDQ.

| NOM/NAME | PROFESSION | NO. LICENCE CPMDQ |
|-------------------|------------|-------------------|
| 1. Président | | |
| 2. Administrateur | | |
| 3. Administrateur | | |

INSCRIVEZ CI-DESSOUS LES NOMS DES THÉRAPEUTES QUI TRAVAILLENT DANS LE LOCAL
ENTER BELOW THE NAMES OF THERAPISTS WHO WILL WORK IN THE LOCAL
CONDITION : Les thérapeutes doivent être membre actif de la CPMDQ. S'il y en a plus que 4 veuillez joindre une liste à votre demande. The therapists must be a CPMDQ active member. If there are more than 4 please attach a list to your application.

| NOM/NAME | PROFESSION | NO. LICENCE CPMDQ |
|----------|------------|-------------------|
| 1. | | |
| 2. | | |
| 3. | | |
| 4. | | |

AFFIRMATION ET CONSENTEMENT / AFFIRMATION AND CONSENT

Je soussigné affirme que tous les renseignements fournis dans la présente sont exacts et véridiques. Je m'engage à informer la CPMDQ immédiatement advenant un changement relatif aux informations fournies dans la présente. Je m'engage à respecter la loi sur les syndicats professionnels L.R.Q. S-40. Je consens à ce que la CPMDQ consigne dans une base de données la liste des membres supporteurs de mon local. Il est entendu que je dégage toute responsabilité envers les membres du conseil de la CPMDQ vis-à-vis des comptes bancaires de mon local. Je m'engage à fermer les comptes bancaires du local dans les 30 jours de la cessation des activités du local. Je comprends que la présente affirmation est un addenda à mon serment sur ma demande d'inscription initiale à la CPMDQ.

I the undersigned hereby declare that the information provided in this form is true and accurate. I agree to inform the CPMDQ of any changes to the information that has been provided in the present registration, I hereby agree to comply with the Professional Union Act L.R.Q. S-40. I agree to allow the CPMDQ to keep record in a database of my local's supporting members. I understand that the CPMDQ's board of directors will not be liable for any criminal, civil, penal or other legal action against my local. I understand that the CPMDQ's board of directors will not be liable of the local's bank accounts. I agree to close my local's bank accounts within 30 days of the termination of the local's activities. I understand that this affirmation is an addendum to my oath to my initial CPMDQ application.

Signature _____
 # Licence CPMDQ _____ Date _____