

Administration

Numéro de membre :

IDENTIFICATION

Prénom :		Nom :	
Numéro civique :	Rue :	App. :	
Ville :		Code postal :	
Téléphone : Rés. :	Bur. :	Sexe : M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	
Courrier électronique :	Cell. :		
Date de naissance : / /	Occupation : (Cochez) Étudiant (e) <input type="checkbox"/>	Sans emploi <input type="checkbox"/>	Échéance : MM/AA /
	Travailleur (euse) <input type="checkbox"/>	Retraité (e) <input type="checkbox"/>	
Numéro d'assurance-maladie : _____			
À rejoindre en cas d'urgence : Nom : _____ # T : _____			

DEMANDE DE TRANSPORT

Cochez le type de transport désiré :	Pour covoiturage : à titre de
Transport collectif <input type="checkbox"/> Covoiturage <input type="checkbox"/> Les deux <input type="checkbox"/>	Conducteur <input type="checkbox"/> Les deux <input type="checkbox"/>
Vous prévoyez utiliser le service :	Passager <input type="checkbox"/>
Occasionnellement <input type="checkbox"/> Régulièrement <input type="checkbox"/>	
Raison du déplacement : Travail <input type="checkbox"/> Études <input type="checkbox"/> Loisirs <input type="checkbox"/> Autres <input type="checkbox"/> Spécifiez : _____	

OFFRE DE SERVICE POUR COVOITURAGE (Au besoin)

Numéro de permis de conduire : _____
Assurance auto : Compagnie : _____ Numéro de police : _____
ITINÉRAIRE : Départ de : _____ Heure de départ : _____
Destination : _____ Heure de retour : _____
Passant par quelle route : _____
(Joindre les informations sur une feuille en annexe au besoin)
DISPONIBILITÉS :
(Cochez) Lundi <input type="checkbox"/> Mardi <input type="checkbox"/> Mercredi <input type="checkbox"/> Jeudi <input type="checkbox"/> Vendredi <input type="checkbox"/> Samedi <input type="checkbox"/> Dimanche <input type="checkbox"/>
N.B. : La Corporation se réserve le droit d'effectuer une vérification de votre dossier de conduite auprès de la S.A.A.Q afin d'assurer la sécurité des utilisateurs. Vous devez obligatoirement aviser votre compagnie d'assurances de votre adhésion au covoiturage de la Corporation de Transports Collectifs de la MRC de Maskinongé.
Je peux répondre aux besoins de personnes handicapées et à mobilité réduite : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Informations complémentaires (Appareil, siège d'auto, fumeur, etc.) _____
COMMENT AVEZ-VOUS ENTENDU PARLER DE NOS SERVICES ? (Cochez)
Journaux <input type="checkbox"/> Bouche à oreilles <input type="checkbox"/> Radio <input type="checkbox"/> Dépliant <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Autres <input type="checkbox"/> Spécifiez : _____

<p>➤ Pour le covoiturage : J'affirme que les renseignements ci-dessus sont exacts, être en possession d'un permis de conduire valide (non expiré et non suspendu) au Canada, que mon(mes) véhicule(s) est(ont) immatriculé(s) tel que requis par la loi, détenir une police d'assurance automobile tel que requis par la loi, être avisé par le service de covoiturage de la pertinence d'informer ma compagnie d'assurances de ma participation à ce service.</p> <p>➤ Je déclare avoir pris connaissance des conditions d'utilisations du service de la CTCM. J'accepte de me soumettre aux conditions d'utilisation.</p>
Signature du membre : _____ Date : _____
ou du parent / tuteur, si la personne est d'âge mineur. Titre : _____
<input type="checkbox"/> Vérification judiciaire <input type="checkbox"/> Paiement cotisation <input type="checkbox"/> Restrictions : _____ <input type="checkbox"/> Photo <input type="checkbox"/> Carte émise <input type="checkbox"/> Autres : _____

N. B. : L'information contenue sur cette fiche est confidentielle et à l'usage de la CTCM. La CTCM se dégage de toute responsabilité à l'égard des conducteurs et passagers pour tout événement et / ou sinistre pouvant causer un préjudice personnel. Il en est de même en ce qui concerne tout dommage et / ou perte de matériel survenu durant les déplacements et autres activités du service.