

## Formulaire de reproduction 5484F (CCSMAFAR)

Afin d'obtenir le document suivant, veuillez remplir tous les champs obligatoires (\*)  
Il est nécessaire de vous identifier afin de pouvoir vérifier votre identité.

**Les frais de production sont de 60,00\$.**

### Informations (Obligatoire)

\*Nom :

\*Adresse actuelle:

\*Ville :

\*Code postal :

\*Numéro de téléphone :

\*Date de naissance :

\*Adresse courriel :

Année du cours :

\*# carte de crédit :

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Expiration :

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Votre résultat ou certification vous sera  
envoyé par courriel.



#CVC

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

Si vous avez des questions, veuillez communiquer avec nous par courriel  
à l'adresse suivante : [membre@fqtir.qc.ca](mailto:membre@fqtir.qc.ca)