

CATÉGORIE

- Membre**
En date de la demande, le candidat doit travailler en relations publiques, ou enseigner ou administrer un cours en relations publiques reconnu par une Société membre, ou posséder un diplôme en relations publiques.
- Affilié**
Au moment de la demande, la personne a travaillé à temps plein en relations publiques depuis deux ans ou moins. Après deux années à titre de membre affilié, le membre est tenu de renouveler à titre de membre régulier.
- Associé**
En date de la demande, le candidat ne travaille pas en relations publiques à plein temps, ou travaille comme responsable de la fonction relations publiques d'une organisation.
- Membre individuel**
Le candidat doit vivre et travailler en dehors de certaines régions géographiques précises et doit satisfaire aux exigences d'éligibilité comme membre.

ÉLIGIBILITÉ

- Je certifie par les présentes que je rencontre toutes les exigences d'admissibilité à la catégorie de membre choisie plus haut.

PROCÉDURE DE DEMANDE

Faire parvenir le formulaire de demande dûment rempli et signé par le candidat directement au Bureau national.

COTISATION

Le formulaire doit être accompagné d'un chèque libellé à l'ordre de la Société canadienne des relations publiques, Inc. ou du numéro de la carte de crédit au montant des frais d'initiation, la cotisation nationale et la cotisation de la société membre incluant la TPS/TVH.

Veillez prendre note que la cotisation à la SCRP se fait par abonnement annuel et n'est pas transférable. Les frais de cotisation (y compris les frais d'initiation ou les pénalités administratives applicables) ne sont pas remboursables.

Nom de la Société membre

Nom Entreprise/Employeur

Adresse d'affaires

Titre/Fonctions

Ville Province Code postalCourriel Téléphone d'affaires () Télécopieur ()**Nature de l'entreprise ou des fonctions**

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="radio"/> Associations | <input type="radio"/> Gouvernement—Fédéral | <input type="radio"/> Agence de relations publiques/
Consultant en relations publiques |
| <input type="radio"/> Charitable/Non-lucratif | <input type="radio"/> Gouvernement—Municipal | <input type="radio"/> Service |
| <input type="radio"/> Société d'état | <input type="radio"/> Gouvernement—Provincial | <input type="radio"/> Services publics |
| <input type="radio"/> Éducation | <input type="radio"/> Gouvernement—Régional | <input type="radio"/> Secteur privé |
| <input type="radio"/> Finances | <input type="radio"/> Santé | |
| <input type="radio"/> Autres | <input type="radio"/> Industries/Manufacturier | |

Date de naissance (JJ/MM/AA) Langue de correspondance : Français Anglais

Adresse du domicile

Ville Province Code postalCourriel Téléphone domicile () Télécopieur ()Adresse devant être utilisée par la Société Affaires Domicile

J'ai été référé par

Avez-vous déjà été accepté comme membre de la SCRP ? Oui Non

Société membre

De

À

FORMATION ACADÉMIQUE

Donnez tous les détails

	Année (AA-AA)	Établissement	Programme
École secondaire			
Collège			
Université			
Études supérieures			

RENSEIGNEMENTS SUR LE TRAVAIL ACTUEL

Veillez fournir un bref sommaire de vos responsabilités actuelles en relations publiques.

Durée de votre présent emploi: De (MM/AA)

à ce jour

DÉCLARATION DU CANDIDAT

- Je demande par la présente mon admission au sein de la Société canadienne des relations publiques, Inc. et déclare que les renseignements fournis dans ce formulaire sont vrais.
- Je conviens d'accepter à l'avance la décision de la Société à l'égard de ma demande.
- J'ai lu et je comprends le Code d'éthique professionnelle de la Société et j'accepte de me conformer à ce Code ainsi qu'aux Statuts et Règlements de la Société.
- Je conviens de recevoir des communications électroniques de la part de la Société canadienne des relations publiques Inc., qui peuvent comprendre entre autres des bulletins de nouvelles et des communications à propos d'événements et d'activités de la SCRCP et je reconnais que je peux révoquer mon consentement en tout temps en écrivant à **unsubscribe@cprs.ca**

Signature du candidat

Date

La cotisation peut être acquittée au moyen de Visa AMEX Mastercard Chèque ci-joint

Nom du détenteur de la carte de crédit

No. de carte

Date d'expiration

Signature

À L'USAGE DE LA SOCIÉTÉ NATIONALE

Vérifié par le bureau national

Date

Catégorie Membre Affilié Associé

Date d'éligibilité à l'agrément

Date



**Société canadienne
des relations publiques**

Pour une gestion optimisée des
relations publiques et des communications

SCRCP.CA