

AFFILIATION FORM – FIRST NATIONS, MÉTIS AND INUIT INITIATIVES (FORMULAIRE D’AFFILIATION – INITIATIVES PNMI)


| | | | | | | | |
|---|--|--|---|---|----------------------------|--|----------------------|
| Name of Organization / Nom de l'organisation | | | | School Year / Année Scolaire | | | |
| Address / Adresse : | | | | | | | |
| Street/Rue | | | | | Telephone/Téléphone | | |
| City/Ville | | | | | Postal Code/Casier postal | | |
| Main Contact Person / Personne-ressource : | | | | | | | |
| The main contact will be responsible for acting as the liaison between Skills Ontario and your organization by: - Receiving all mailings/emails and disseminating information throughout your organization - Providing Skills Ontario with updated information about your organization as needed - Promoting activities available to your organization | | | | La personne-ressource servira de lien entre Compétences Canada – Ontario et votre organisme. Cette personne sera responsable de : - Recevoir tous les envois par courrier et par courriel et transmettre l'information à travers votre organisme - Faire parvenir, au besoin, à Compétences Ontario une mise à jour des renseignements au sujet de votre organisme - Promouvoir les activités organisées au cours de l'année y compris | | | |
| Activities Available to Your Organization / Activités disponibles à votre organisation : | | | | | | | |
| | FMNI Workshops | FMNI Focused Events | Cardboard Boat Races & Video Challenges | Qualifying Competitions for the Skills Ontario Competition | Skills Ontario Competition | Elementary Workshops at the Skills Ontario Competition | Young Women's Events |
| Elementary / élémentaire | X | X | X | | X | X | X |
| Secondary / secondaire | X | X | X | X | X | | X |
| Other / autre* | X | X | X | | | X | X |
| Primary Contact / Contact primaire | | | | Alternative Contact / Contact alternatif | | | |
| First Name/Prénom | | | | | | | |
| Last Name/Nom de famille | | | | | | | |
| Mr./Ms./Mrs./M/Mme/Mlle | | | | | | | |
| Job Title/Poste | | | | | | | |
| E-mail Address/Courriel | | | | | | | |
| Phone Extension/ Poste | | | | | | | |
| Payment Details / Détails de paiement : | | | | | | | |
| | Annual Affiliation Fee** Les frais d'affiliation annuel | Select Length of Affiliation / Sélectionnez la longueur d'affiliation | | * Includes Band Offices, Friendship Centres / Cela inclut les bureaux du Conseil de bande et les Centres de l'amitié ** To cover material costs, extra fees may apply for certain programs / Des frais additionnels peuvent s'appliquer pour certains programmes afin de couvrir le coût du matériel. | | | |
| Elementary / élémentaire | \$75 | <input type="checkbox"/> 1 Year/An = \$75 <input type="checkbox"/> 2 Years/Ans = \$150 | | | | | |
| Secondary / secondaire | \$200 | <input type="checkbox"/> 1 Year/An = \$200 <input type="checkbox"/> 2 Years/Ans = \$400 | | | | | |
| Other / autre* | \$75 | <input type="checkbox"/> 1 Year/An = \$75 <input type="checkbox"/> 2 Years/Ans = \$150 | | | | | |
| Method of Payment / Moyen de paiement : | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Cheque enclosed: Please make cheques payable to / Chèque ci-joint. Le chèque doit être adressé au nom de : Skills Canada – Ontario <input type="checkbox"/> Please invoice/ Facturez-moi (P.O. #/N° commande : _____) <input type="checkbox"/> Visa / MasterCard For payment via credit card please call / Pour effectuer un paiement par carte de crédit, composez-le: 1-888-228-5446 ext / poste 222 | | | | | | | |

**By signing this form your organization is agreeing to cover the costs associated with affiliation.
 En signant ce formulaire, votre organisme s'engage à défrayer les coûts associés à l'affiliation.**

Name/Nom : _____ Signature _____ Date _____

Return by email, fax or mail / Revenez par email, télécopier ou courrier:
programs@skillsontario.com, 519-749-6322, Skills/Compétence Canada – Ontario, 7A-60 Northland Rd. Waterloo, ON, N2V 2B8