

**FORMULAIRE D'AUTORISATION DE CARTE DE CRÉDIT  
TESTS PHYSIQUES ET ENTREVUE (COHORTE AOÛT 2025) DE L'ACADÉMIE DES POMPIERS.**

|                                          |
|------------------------------------------|
| <b>Information de la carte de crédit</b> |
|------------------------------------------|

|                                                                |                     |
|----------------------------------------------------------------|---------------------|
| Nom apparaissant sur la carte                                  |                     |
| Type de carte de crédit                                        | Visa<br>Master Card |
| No de carte de crédit                                          |                     |
| Date d'expiration                                              |                     |
| Indiquer les 3 ou 4 chiffres au verso de votre carte de crédit |                     |
| No de téléphone                                                |                     |
| Adresse courriel                                               |                     |

|                                                                                                                            |                 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|
| <b>Pour les tests physiques de la cohorte (août 2025) un montant de 200\$ est exigé (ce montant est non remboursable).</b> | <b>200.00\$</b> |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|

|                                                                                             |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| S'il vous plaît appliquer ce paiement pour la personne<br><br>(INSCRIRE LE NOM DU CANDIDAT) |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|--|

**Le demandeur convient que tous les renseignements fournis sont complets et exacts.**

\_\_\_\_\_  
Signature autorisée

\_\_\_\_\_  
Date

**À retourner ce formulaire rempli au courriel suivant :**  
**[drolland@academiedespompiers.ca](mailto:drolland@academiedespompiers.ca)**

**Des questions ? Veuillez communiquer avec nous au 450-258-4460**  
**Questions**