



**Shipping Federation of Canada Ice Advisor Application**  
**Formulaire d'inscription de conseillers des glaces de la Fédération maritime du Canada**

To be completed and returned with all required documentation to the Shipping Federation of Canada /  
A compléter et retourner à la Fédération maritime du Canada  
300 St. Sacrement, # 326, Montréal, Qc H2Y 1X4

Name / Nom :	
Date of Birth / Date de naissance :	
Address / Adresse :	
Telephone / Téléphone :	
Email / Courriel :	
Months available for Ice Advisor Work / Les mois disponibles pour travailler comme conseiller de glaces:	
Number of Years as SFC Ice Advisor / Nombres d'années comme conseiller de glace avec la FMC	
*Last Medical Report / *Certificat médical antérieur	
Next Medical Report Due / Date du prochain certificat médical	
<b><i>*every two (2) years if 40 years or older – every three (3) years if under 40 years of age</i></b> <b><i>*à chaque deux (2) ans si 40 ans et plus – à chaque trois (3) ans si 40 ans et moins</i></b>	
Résumé to appear under name of ice advisor / CV à inscrire après votre nom sur la liste	
Medical Attestation included (if applicable) : _____ Or other (specify) _____	
Certificat medical inclus (si applicable): _____ Ou Autre (spécifiez) _____	
Signature :	Date :