

# Demande de relevé de participation au Régime de rentes du Québec

**NOTE : Le présent formulaire n'est pas une demande de rente.**

Écrire en lettres détachées

Numéro d'assurance sociale \*

--	--	--

## Identification

Nom de famille*		Prénom*		Sexe*	
				<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	
Date de naissance*		Langue de correspondance			
année    mois    jour		<input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais			
Adresse* (numéro, rue, appartement)					
Ville		Province / État		Pays	Code postal
Téléphone*		ind. rég.		ind. rég.	
à la maison		au travail		poste	

## Signature

Signature _____		Date	
		année    mois    jour	

**Remplissez, signez et postez à :  
Régie des rentes du Québec, case postale 5200, Québec (Québec) G1K 7S9**