



CARREFOUR DES COMMUNAUTÉS DU QUÉBEC

FORMULAIRE D'ADHÉSION

NO. DE MEMBRE: _____

NOM : _____

PRÉNOM : _____

ADRESSE DOMICILE : _____

CODE POSTAL : _____

TÉLÉPHONE - Domicile : _____

Bureau : _____

TÉLÉCOPIEUR: _____

COURRIEL : _____

LIEU DE NAISSANCE: _____

COMMUNAUTÉ D'ORIGINE : _____

DATE DE NAISSANCE : JOUR: _____ MOIS : _____ ANNÉE : _____

PROFESSION : _____

COURRIER : FRANÇAIS ANGLAIS

JE DÉSIRE DEVENIR MEMBRE POUR : 1 AN \$50 2 ANS \$100

SIGNATURE DU MEMBRE : _____

DATE : _____

PAIEMENT : CASH : CHÈQUE :

NOM DU SOL LICITEUR : _____

DATE : _____ RECOMMANDÉ PAR : _____

APPROUVÉ PAR LE CONSEIL D'ADMINISTRATION LE : _____