



S.V.P. ÉCRIRE EN CARACTÈRE D'IMPRIMERIE

Informations personnelles

Nom _____ Prénom(s) _____ ☐ M. ☐ Mme

Adresse _____ Municipalité _____

Province (État) _____ Code postal (Zip) _____

Téléphone (domicile) ____ - ____ - ____ Courriel _____

Date de naissance ____ / ____ / ____ Occupation _____

Père Prénom(s) et Nom : _____

Mère Prénom(s) et Nom (à la naissance) _____

Conjoint(e) Prénom(s) et Nom (à la naissance) _____

Je désire recevoir mon Bulletin de l'Association ☐ par courriel ou ☐ par envoi postal

Cotisation individuelle

- ☐ Membre cotisation annuelle 25 \$
☐ Membre jeunesse 25 ans et moins
cotisation annuelle 15 \$

☐ Don à l'Association _____ \$

Montant total du paiement _____ \$

Coordonnées

Libellez votre chèque à l'ordre de :
Association des Blouin d'Amérique

et adresser à :
Association des Blouin d'Amérique
690, 60e rue est # 2608
Québec (Qc) G1H 0E5

En référence à l'article # 4 des règlements
généraux, aucune cotisation ne sera remboursable.

Signature _____ Date ____ / ____ / ____