



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

Informations personnelles

Nom _____ Prénom(s) _____ Mme M

Mon numéro de membre est : _____

Veillez compléter cette partie s'il y a eu des changements au cours de la dernière année :

Adresse _____ Municipalité _____

Province (État) _____ Code postal (Zip) _____

Téléphone : _____ - _____ - _____ Courriel _____

Date de naissance : ____/____/____ Occupation _____

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

Je désire recevoir mon Bulletin de l'Association par courriel ou par la poste

Cotisation individuelle

- Membre cotisation annuelle 25 \$
- Membre cotisation pour 5 ans 100 \$
- Membre à vie 350 \$
- 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
690, 60^{ème} rue est, app. 2608,
Québec, Qc, G1H 0E5

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

Signature _____ Date ____/____/____