



FORMULAIRE D'ADHÉSION MEMBERSHIP



Association des familles D'Amours. C.P. 7037, Trois-Pistoles, Qc, GOL 4K0

Prénom et Nom / First and Last Name		No de membre/ Membership Number
Adresse rue/ Street Address		
Ville/ City	Province/State	Code postal/ Postal or ZIP Code
Conjoint(e) /Spouse :		
Téléphone (domicile)/ Home Phone Number:		
Adresse courriel/Email Address:		

GRATUIT