



FICHE D'ADHÉSION

Association des familles Rasset

(En lettres moulées, SVP)

RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Nom : _____ Prénom : _____

Autre(s) prénom(s) : _____

Date de naissance : _____

Adresse : _____

_____ Code postal : _____

Téléphone à la maison : _____ Cellulaire : _____

Adresse courriel : _____

Avez-vous déjà été membre de l'Association ? NON SI OUI
En quelle année ? _____

Je désire recevoir le bulletin de l'Association : par la poste par courriel

Je souhaite payer ma cotisation pour : un an (20\$) 2 ans (40\$)

**JE DÉSIRES DEVENIR MEMBRE DE L'ASSOCIATION DES FAMILLES RASSET.
VOUS TROUVEREZ CI-JOINT MA COTISATION : 1 AN (20\$) OU 2 ANS (40\$).**

Signature: _____

Date: _____

Veillez libeller votre chèque à l'ordre de: **ASSOCIATION DES FAMILLES RASSET INC.**
702-2525B, Havre-des-Îles
Laval (Québec) H7W 4C5
tél.: (450) 682-3520