



Formulaire d'inscription

Club d'Ainés L'Amicale Belle Rive Inc.

Informations demandées	Membre	Conjoint.e
Nom de famille :	➤ <input type="text"/>	➤ <input type="text"/>
Prénom :	➤ <input type="text"/>	➤ <input type="text"/>
Adresse 1 :	➤ <input type="text"/>	➤ <input type="text"/>
Adresse 2 :	➤ <input type="text"/>	➤ <input type="text"/>
Ville :	➤ <input type="text"/>	➤ <input type="text"/>
Code postal :	➤ <input type="text"/>	➤ <input type="text"/>
No. de téléphone :	➤ <input type="text"/>	➤ <input type="text"/>
Adresse courriel :	➤ <input type="text"/>	➤ <input type="text"/>
Date de naissance :	➤ <input type="text"/>	➤ <input type="text"/>
No. de carte :	➤ <input type="text"/>	➤ <input type="text"/>
Signature :		

Veillez compléter le document (tapez votre information directement dans les cases appropriées), l'imprimer et le remettre, accompagné de votre paiement à un membre du CA. Merci ! Si vous désirez plus d'informations, veuillez communiquer avec un des membres du CA.