



# Formulaire d'adhésion

Cochez :

- Nouvelle adhésion  
 Renouvellement d'adhésion No de membre : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_ Nom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_  
numéro                      rue  
\_\_\_\_\_ ville code postale

Téléphone : \_\_\_\_\_ Courriel : \_\_\_\_\_

Par la présente, je désire placer une demande afin d'être membre du Centre d'entraide de la région de Disraeli.

- À cette fin, je déclare :  être un individu habitant le territoire de la corporation;  
 adhérer aux objectifs de la corporation;  
 ne pas être à l'emploi ou contractant de la corporation;

- et je m'engage à :  respecter les statuts et règlements de la corporation;  
 payer ma cotisation de 10 \$ pour une période de 5 ans.

Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Pour obtenir plus d'information, veuillez communiquer avec la coordonnatrice au (418) 449-5155.

Retourner le paiement et le formulaire dûment complété à l'adresse suivante :  
Centre d'entraide de la région de Disraeli, 888-1, rue St-Antoine, Disraeli (Québec) G0N 1E0

*Note : Votre demande sera traitée à la prochaine réunion régulière du conseil d'administration. Le conseil d'administration peut refuser toute demande d'adhésion conformément à ses statuts et règlements.*

Réservé à l'administration

Date de réception : \_\_\_\_\_ Initiales : \_\_\_\_\_

Représentant : \_\_\_\_\_

Acceptée au conseil d'administration du : (date) \_\_\_\_\_

Signature secrétaire : \_\_\_\_\_

Numéro de membre : \_\_\_\_\_