



(Anciennement : l'Association Canadienne des programmes de ressources pour la famille)

## Formulaire d'adhésion 2022-2023

Nom de l'organisme \_\_\_\_\_

Nom de la personne ressource \_\_\_\_\_  
(Toute correspondance sera adressée à cette personne)

Adresse postale \_\_\_\_\_  
(rue) (ville) (Province) (code postal)

Adresse domiciliaire \_\_\_\_\_  
(si différente de l'adresse postale) (rue) (ville) (Province) (code postal)

Téléphone ( ) - ext. Courriel \_\_\_\_\_  
(Toute correspondance sera envoyée à cette adresse)

Télécopieur : ( ) - Site Web \_\_\_\_\_

<b>Langue de correspondance préférée :</b> <input type="checkbox"/> français <input type="checkbox"/> anglais <input type="checkbox"/> bilingue  <input type="checkbox"/> Je désire recevoir plus d'information au sujet des polices d'assurance de groupe offertes aux membres de Familles Canada	<b>Affiliation</b> <input type="checkbox"/> Autochtone <input type="checkbox"/> CRFM/MFRC <input type="checkbox"/> ON y va <input type="checkbox"/> ON y vaSatellite <input type="checkbox"/> Carrefour Meilleur départ <input type="checkbox"/> Bureau de santé publique/hôpital	<input type="checkbox"/> PACE-PCNP <input type="checkbox"/> Parent Link <input type="checkbox"/> PFLC <input type="checkbox"/> Étudiant(e) <input type="checkbox"/> Autre (Spécifiez) _____
---	---	---

### PAIEMENT

Frais d'adhésion annuels, valide jusqu'au 31 mars 2020 100 \$

Je désire verser un don à Familles Canada d'une valeur de : \$

**Total** \$

**Mode de paiement :**  **Chèque** Veuillez les libeller à l'ordre de « Familles Canada ».  **Visa/MasterCard**

**Nom du titulaire de la carte :** \_\_\_\_\_

**Signature :** \_\_\_\_\_

**Date d'expiration :** \_\_\_\_\_

**Numéro de la carte :** \_\_\_\_\_

### À usage interne seulement

nouveau  renouvellement  
N° d'adhésion \_\_\_\_\_

**Valide jusqu'au 31 mars, 2020**