

# Fiche d'abonnement annuelle



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

\* Date d'expiration de l'abonnement : fin août de chaque année.

Nom du membre : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ APP : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ Arrondissement : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_

Téléphone (Résidence) : \_\_\_\_\_

Téléphone (Cell. \_\_\_ Travail\_\_\_, Autre\_\_\_) : \_\_\_\_\_

Particularité alimentaire, allergie, etc. : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_ Identifiant Facebook : \_\_\_\_\_

## Informations des autres membres la famille

Nom de l'autre adulte : \_\_\_\_\_

Particularité alimentaire, allergie, à tenir en compte : \_\_\_\_\_

Téléphone (Cell. \_\_\_ Travail\_\_\_, Autre\_\_\_) : \_\_\_\_\_

Enfant 1 : \_\_\_\_\_ Âge : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_

Particularité alimentaire, allergie, à tenir en compte : \_\_\_\_\_

Enfant 2 : \_\_\_\_\_ Âge : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_

Particularité alimentaire, allergie, à tenir en compte : \_\_\_\_\_

Enfant 3 : \_\_\_\_\_ Âge : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_

Particularité alimentaire, allergie, à tenir en compte : \_\_\_\_\_

Enfant 4 : \_\_\_\_\_ Âge : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_

Particularité alimentaire, allergie, à tenir en compte : \_\_\_\_\_

**Nouveau membre** \_\_\_ **Renouvellement** \_\_\_

**La contribution de 10\$ est payée : Argent comptant au CFHV** \_\_\_ **Virement Interac** \_\_\_

**Signature (électronique ou faite à la main au CFHV) :** \_\_\_\_\_

*S.V.P. Retournez le formulaire en format PDF (avec signature électronique si possible) à l'adresse suivante : [cfhv.quebec@gmail.com](mailto:cfhv.quebec@gmail.com) / 418-648-1702*

*À même ce courriel, informez-nous des détails de votre virement Interac s'il y a lieu.*