



INSCRIPTION MEMBRE

MEMBRE : _____

Date : _____

Noms

Date de naissance

Parents : _____

Parents : _____

Enfant : _____

Enfant : _____

Enfant : _____

Enfant : _____

Enfant : _____

Adresse _____ Code postal : _____ Ville _____

Tél : Dom : _____ Trav : _____ Cellulaire : _____

J'autorise à la Maison de la Famille à m'inscrire à l'info lettre de la Maison de la famille et de la Boutique Aux Petits Trésors pour recevoir d' différentes informations et promotions.

Adresse courriel : _____

Info lettre Maison de la Famille Info lettre Boutique Aux Petits Trésors

RENOUVELLEMENT

NOUVEAU MEMBRE

Carte de membre annuelle : 20\$

Argent

chèque #

Interac

Paiement direct

DATE D'EXPIRATION : _____

NUMÉRO DE COMMANDE: _____

- Aucun remboursement ou échange sur la carte de membre

Pour des fins statistiques seulement

Statut familial

Marié
Célibataire
Conjoint de fait
Autres

Statut habituel d'emploi

Temps plein
Temps saisonnier
Travailleur autonome
Études

Profession
Mère : _____

Niveau de
scolarité : _____

Profession
Père : _____

Niveau de
scolarité : _____

De quelle façon avez-vous entendu parler de la MFM

Infirmière, intervenante du CLSC		Cuisines collectives, Centre de pédiatrie social, partenaire communautaire	
Amis/famille		Médias/dépliants/Facebook	
Ateliers/services de la MFM		Renouvellement	

Commentaires : _____
