



Formulaire d'inscription

Membre affilié

INFORMATIONS PERSONNELLES

Nom: Prénom:
Rue:
Ville: Code Postal:
Téléphone: Cellulaire:
Date de naissance: Langue parlée:
Courriel:
Entreprise: Fonction:

Comment avez-vous entendu parler du CIVA?

Les membres affiliés sont des personnes qui ont collaboré au développement de l'organisme en tant que donateurs, partenaires, bénévoles et employés. Ils peuvent recevoir les informations partagées par le CIVA via notre infolettre.

J'autorise le CIVA à m'envoyer de l'information sur les activités et les événements.

oui non

ACCORD DU PARTICIPANT

J'ai lu, compris et accepte toutes les implications de cette inscription.

Signature du participant

Signature du parent/tuteur (si mineur)

Date

RÉSERVÉ AU COORDONNATEUR DU CIVA

Montant payé

Date:

Note: