

Formulaire d'adhésion à l'A.B.A.

Type de membre	Cotisation	Montant
<input type="checkbox"/> Membre régulier	25 \$	_____ \$
<input type="checkbox"/> Membre associé (conjoint/te)	10 \$	_____ \$
<input type="checkbox"/> Membre associé (- de 18 ans)	5 \$	_____ \$
<input type="checkbox"/> Membre à vie	300\$	_____ \$
<input type="checkbox"/> Membre à vie—conjoint/te	100 \$	_____ \$
	TOTAL	_____

SVP un chèque à: «Association des Barrette d'Amérique»

Nom _____

Adresse _____

Municipalité _____

Code postal _____

Courriel _____

Téléphone _____

Date _____

Signature _____

Renseignements généalogiques

Mon père: _____

Ma mère: _____

Ma naissance: date: _____

Lieu: _____

Mon métier/profession: _____

Mon mariage:

Date _____ Lieu: _____

Conjoint/te: _____