



ALLIANCE AUTOCHTONE DU QUÉBEC INC.

FORMULAIRE DE RENOUVELLEMENT

Le présent formulaire est seulement pour les cartes de membres expirées.

SVP Veuillez-vous assurer de compléter tous les champs d'informations, que vous avez joint une photo passeport couleur, que votre formulaire est dûment signé à la page d'identification et que vos cotisations annuelles sont à jour avec votre communauté.

Nom: _____ **Prénom:** _____

Adresse: _____ **Ville:** _____

Province: _____ **Code postal:** _____

Téléphone: _____ **Courriel:** _____

Date de Naissance : _____

de Registre: _____

Date d'expiration de la carte: _____

Signature de la personne responsable du

Membership dans la Communauté: _____

IDENTIFICATION

VOTRE PHOTO
MAX 2 x 2 ¾



SVP JOINDRE UNE PHOTO COULEUR FORMAT PASSEPORT (2 x 2 ¾) ET SIGNEZ
CLAIREMENT EN NOIR DANS UN DES RECTANGLES À DROITE. **S'ASSURER DE NE
PAS DÉPASSER LES LIGNES.**