



# ALLIANCE AUTOCHTONE DU QUÉBEC INC.

## FORMULAIRE POUR LE CHANGEMENT D'ADRESSE

DATE : .....

### INFORMATION DU MEMBRE:

<b>NOM</b>	
<b>NO. DE REGISTRE</b>	
<b>COMMUNAUTÉ</b>	
<b>NOM DES PARENTS</b>	<b>PÈRE</b>
	<b>MÈRE</b>
<b>DATE DE NAISSANCE</b>	<b>ANNÉE / MOIS / JOUR</b>

### ANCIENNE ADRESSE:

<b>ADRESSE CIVIQUE</b>	
<b>VILLE</b>	
<b>PROVINCE</b>	
<b>CODE POSTAL</b>	
<b>NUMÉRO DE TÉLÉPHONE</b>	

### NOUVELLE ADRESSE:

<b>ADRESSE CIVIQUE</b>	
<b>VILLE</b>	
<b>PROVINCE</b>	
<b>CODE POSTAL</b>	
<b>NUMÉRO DE TÉLÉPHONE</b>	

Svp faire parvenir à votre communauté ou expédier au bureau chef de l'AAQ à l'adresse [reception@aaqnaq.com](mailto:reception@aaqnaq.com) ou par facsimilé au numéro (819) 770-6070.