

FORMULAIRE D'INSCRIPTION

Rencontre prénatale



Veillez tenir compte que nous ne ferons pas de rappel téléphonique pour la journée de votre cours. Il n'y aura aucun remboursement.

Jour	
Date	
heure	9h à 16h
Endroit	À La Maison des Familles FamillAction
Coût	40\$/couple payable la journée de l'inscription
Adhésion membre	Incluse
Organisme	Naissance Renaissance Estrie
Nom de la mère	
Téléphone	
Année de naissance	
Date et lieu d'accouchement	
De quelle façon avez-vous entendu parlé de l'activité?	
Je participe au programme	<input type="checkbox"/> OLO <input type="checkbox"/> SIPPE <input type="checkbox"/> Aucun programme
Êtes-vous membre de La Maison des Familles FamillAction?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <u>Si non</u> , veuillez remplir le formulaire d'adhésion membre
Nom du père	
Année de naissance du père	
<p>Retournez ce formulaire ainsi que votre paiement de 40\$ à: LA MAISON DES FAMILLES FAMILL'ACTION 454, rue Binette, Asbestos (Qc), J1T 3Z1</p>	
Signature : _____	
Date : jour _____ /mois _____ /201_____	
Réservé à l'usage de l'administration	
Paiement fait le: jour _____ /mois _____ /201_____ Mode de paiement: <input type="checkbox"/> argent <input type="checkbox"/> chèque # _____	
Avec reçu : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> OLO <input type="checkbox"/> SIPPE <input type="checkbox"/> Aucun programme	

La Maison des Familles FamillAction

454, rue Binette, Asbestos, Qc, J1T 3Z1



Adhésion membre

1^{er} Septembre 201__ au 31 août 201__

Pourquoi devenir membre ?

- Pour encourager la Maison des Familles FamillAction et démontrer son appui envers la cause des familles de la MRC des Sources;
- Pour profiter de tarifs spéciaux sur plusieurs ateliers et services et pour bénéficier de plusieurs activités gratuites exclusives aux membres;
- Pour recevoir les deux programmations (automne et printemps) par courriel.

S.V.P veuillez écrire en lettres moulées

Date de naissance

Nom de la mère:

Jour Mois Année

_____|_____|_____

Nom du père ou autre:

_____|_____|_____

Téléphone:

() _____

Cellulaire:

() _____

Adresse et cassier postal:

Ville:

Code postal:

Courriel:

Les communications de la Maison des Familles se feront par courriels seulement



Noms des enfants:

Date de naissance

Date de naissance

Jour Mois Année

Noms des enfants:

Jour Mois Année

Retournez ce formulaire ainsi que votre paiement à: LA MAISON DES FAMILLES

Signature :

Date :

jour _____ /mois _____ /201__

Réservé à l'usage de l'administration

Adhésion faite le: jour _____ /mois _____ /20__

Cerificat-cadeau : **Rencontre prénatale**