

# FORMULAIRE D'INSCRIPTION

## Bébé futé



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 11h
Endroit	À La Maison des Familles FamillAction
Coût	<b>40\$/ payable avec ce formulaire d'inscription</b>
Adhésion membre	Incluse
Animatrice	Anne-Marie Giguère
Nom de la mère	
Téléphone	
Année de naissance	
Nom du bébé	
Année de naissance du bébé	
De quelle façon avez-vous entendu parlé de l'activité?	
Êtes-vous membre de La Maison des Familles à partir de septembre de cette année?	Oui <input type="checkbox"/>
	Non <input type="checkbox"/> Veuillez remplir le formulaire
Voulez-vous un reçu?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Retournez ce formulaire ainsi que votre paiement à: <b>LA MAISON DES FAMILLES FAMILL'ACTION 454, rue Binette, Asbestos (Qc), J1T 3Z1</b>	
Signature : _____	
Date : jour _____ /mois _____ /201_____	
Réservé à l'usage de l'administration	
Paiement fait le: jour _____ /mois _____ /201_____ Mode de paiement: ___argent ___chèque #___	
Avec reçu : ___ oui ___ non	

## Adhésion membre

1<sup>er</sup> 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

Jour Mois Année

Noms des enfants:

Date de naissance

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\_\_

**Bébé futé**