

# FORMULAIRE D'INSCRIPTION

## Rencontre prénatale



Veuillez tenir compte que nous ne ferons pas de rappel téléphonique pour la journée de votre cours.

**Il n'y aura aucun remboursement.**

<b>Jour</b>	
<b>Date</b>	
<b>heure</b>	9h à 16h
<b>Endroit</b>	<b>À La Maison des Familles FamillAction</b>
<b>Coût</b>	40\$/couple payable avec ce formulaire d'inscription
<b>Adhésion membre</b>	Incluse
<b>Organisme</b>	<b>Naissance Renaissance Estrie</b>
<b>Nom de la mère</b>	
<b>Téléphone</b>	
<b>Année de naissance</b>	
<b>Date et lieu d'accouchement</b>	
<b>De quelle façon avez-vous entendu parlé de l'activité?</b>	
<b>Je participe au programme</b>	<input type="checkbox"/> OLO <input type="checkbox"/> SIPPE <input type="checkbox"/> Aucun programme
<b>Êtes-vous membre de La Maison des Familles FamillAction? (septembre à août)</b>	Oui <input type="checkbox"/>
	Non <input type="checkbox"/> Veuillez remplir le formulaire
<b>Nom du père</b>	
<b>Année de naissance du père</b>	

Retournez ce formulaire ainsi que votre paiement de 40\$ à:  
**LA MAISON DES FAMILLES FAMILL'ACTION 454, rue Binette, Asbestos (Qc), J1T 3Z1**

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                      \_\_\_ OLO    \_\_\_ SIPPE    \_\_\_ Aucun programme

# La Maison des Familles FamillAction

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



## 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

Date de naissance

Jour Mois Année

Noms des enfants:

Jour Mois Année

Noms des enfants:	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**