



DEMANDE D'INSCRIPTION / REGISTRATION FORM

Association des Familles Saint-Pierre-Dessaint inc.

Je voudrais devenir membre de l'Association. Ci-joint ma cotisation de 30 \$ pour les 12 prochains mois.
I would like to join the Association. Please find enclosed my membership of 30\$ for the next 12 months.

Renseignements personnels / Personal informations

Nom / Name : Nom de fille / Maiden name :

Adresse / Address :

Ville / City : Pays / Country :

Code postal / Postal code : Téléphone / Phone : (.....) Courriel / E-mail :

REQUÉRANT (E) / APPLICANT

Naissance / D.O.B.: Lieu / Place :

Nom du conjoint / Spouse's name :

Mariage / Marriage: Date / Lieu (Place) : /

PARENTS SAINT-PIERRE (OU DESSAINT) DU (DE LA) REQUÉRANT(E) / APPLICANT'S SAINT-PIERRE (OR DESSAINT) PARENTS

Père / Father :

Mère / Mother (nom de fille /maiden name) :

Mariage / Marriage: Date / Lieu (Place) : /

GRANDS-PARENTS / GRANDPARENTS

Grand-père paternel / Grandfather (father's side) :

Grand-mère paternelle / Grandmother (father's side) :

Mariage / Marriage: Date / Lieu (Place) : /

Grand-père maternel / Grandfather (mother's side) :

Grand-mère maternelle / Grandmother (mother's side) :

Mariage / Marriage: Date / Lieu (Place) : /

Chèque no / Check No :

DATE :SIGNATURE :

Envoyer à / Send to :

Association des Familles Saint-Pierre- Dessaint inc.
437, rue Mercier
Val-des-Sources, QC., J1T 3E4