



# ACFA

## FORMULAIRE D'ADHÉSION À L'ACFA ACFA MEMBERSHIP FORM

NOUVELLE DEMANDE  
*New application*

RENOUVÈLEMENT  
*Renewal*

### Région *Region*

Bonnyville / Cold Lake  
 Centralta  
 Lethbridge  
 Saint-Paul

Calgary  
 Edmonton  
 Plamondon / Lac La Biche  
 Wood Buffalo

Camrose / Battle River  
 Grande Prairie  
 Red Deer  
 Hors province

Canmore / Banff  
 Jasper  
 Rivière-la-Paix

### Type d'adhésion *Type of Membership*

ADHÉSION À L'ACFA  
*ACFA Membership*

INDIVIDUELLE  
(sans Le Franco)  
*Individual (without Le Franco)*

INDIVIDUELLE  
(avec Le Franco)  
*Individual (with Le Franco)*

FAMILIALE  
(sans Le Franco)  
*Family (without Le Franco)*

FAMILIALE  
(avec Le Franco)  
*Family (with Le Franco)*

1 AN / 1 Year	<input type="checkbox"/> 15\$	<input type="checkbox"/> 40\$	<input type="checkbox"/> 25\$	<input type="checkbox"/> 50\$
3 ANS / 3 Years	<input type="checkbox"/> 35\$	<input type="checkbox"/> 95\$	<input type="checkbox"/> 60\$	<input type="checkbox"/> 120\$
5 ANS / 5 Years	<input type="checkbox"/> 45\$	<input type="checkbox"/> 120\$	<input type="checkbox"/> 75\$	<input type="checkbox"/> 150\$

### Information personnelle du membre

#### Member personal information

Prénom : \_\_\_\_\_ Nom : \_\_\_\_\_ Sexe : M F  
*First Name Last Name Gender*

Date de naissance (J/M/A) : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Courriel : \_\_\_\_\_  
*Date of birth (D/M/Y) Email*

Adresse : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_ Province : \_\_\_\_\_  
*Address City Province*

Code postal : \_\_\_\_\_ Tél. domicile : \_\_\_\_\_  
*Postal code Home phone*

### Choisir parmi les options suivantes

#### Please choose among the following options:

Je désire faire partie de la liste de distribution de mon ACFA régionale  
*I wish to sign up for my regional ACFA chapter mailing list*

Je désire renouveler de façon électronique  
*I wish to renew my membership electronically*

Je désire faire partie de la liste de distribution du Secrétariat provincial de l'ACFA  
*I wish to sign up for the Provincial ACFA mailing list*

Je désire voter de façon électronique  
*I wish to vote electronically*

Signature du membre : \_\_\_\_\_  
*Member signature*

### Pour une adhésion familiale, veuillez ajouter l'information relative aux membres dépendants

#### For a family membership, please include the information relating to each family dependent

Prénom <i>First Name</i>	Nom <i>Last Name</i>	Date de naissance (J/M/A) <i>Date of birth (D/M/Y)</i>	Sexe <i>Gender</i>
_____	_____	____ / ____ / ____	M F
_____	_____	____ / ____ / ____	M F
_____	_____	____ / ____ / ____	M F
_____	_____	____ / ____ / ____	M F
_____	_____	____ / ____ / ____	M F

### SECTION RÉSERVÉE À L'ACFA

La somme de \_\_\_\_\_ a été versée par  chèque, au nom de l'ACFA, ou  argent comptant.

NOM DE L'ACFA RÉGIONALE : \_\_\_\_\_

SIGNATURE AUTORISÉE : \_\_\_\_\_ DATE : \_\_\_\_\_