



FORMULAIRE D'INFORMATION SUR LE MEMBRE

Unissez votre voix aux nôtres et appuyez les efforts du Conseil d'adoption du Canada !

Veillez remplir ce formulaire en indiquant vos coordonnées exactes et nous le faire parvenir dans les meilleurs délais, par courrier ou courriel si vous le souhaitez. Nous acceptons les paiements par chèque, mandat et carte de crédit. Les frais d'adhésion et les dons de charité sont déductibles du revenu imposable; vous recevrez un reçu aux fins de l'impôt si demandé.

TITRE <input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> Dr		
PRÉNOM		NOM DE FAMILLE
AGENCE/ORGANISME (S'IL Y A LIEU)		
POSTE OCCUPÉ		
ADRESSE POSTALE		
VILLE	PROVINCE	CODE POSTAL
TÉLÉPHONE* ()	ADRESSE ÉLECTRONIQUE**	
PAIEMENT		
FRAIS ANNUELS D'ADHÉSION <input type="checkbox"/> 40 \$ (INDIVIDU) <input type="checkbox"/> 75 \$ (AGENCE)		
DON DE CHARITÉ <input type="checkbox"/> 25 \$ <input type="checkbox"/> 50 \$ <input type="checkbox"/> 75 \$ <input type="checkbox"/> 100 \$ <input type="checkbox"/> AUTRE MONTANT _____ \$		
TOTAL _____ \$ REÇU AUX FINS DE L'IMPÔT <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		
MODE DE PAIEMENT <input type="checkbox"/> CHÈQUE <input type="checkbox"/> MANDAT <input type="checkbox"/> VISA <input type="checkbox"/> MASTERCARD <input type="checkbox"/> AMEX <input type="checkbox"/> PAYPAL		
NOM DU TITULAIRE DE LA CARTE		
NUMÉRO DE LA CARTE DE CRÉDIT		DATE DE FIN DE VALIDITÉ (MM/AA)
SIGNATURE DU TITULAIRE		

* Veuillez noter que nous ne communiquerons avec vous par téléphone que s'il nous est impossible de vous faire parvenir l'un de nos envois par courrier.

**Aimeriez-vous recevoir notre bulletin d'information électronique périodique pour rester au fait des développements importants concernant l'adoption au Canada ? Oui Non

JE SUIS (VEUILLEZ COCHER TOUTES LES CASES PERTINENTES) :

- | | | |
|------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Parent adoptif | <input type="checkbox"/> Parent adoptif éventuel | <input type="checkbox"/> Travailleur social |
| <input type="checkbox"/> Parent biologique | <input type="checkbox"/> Enfant adopté | <input type="checkbox"/> Professionnel de la santé |
| <input type="checkbox"/> Parent de famille d'accueil | <input type="checkbox"/> Parent de famille d'accueil éventuel | <input type="checkbox"/> Chercheur/universitaire |
| <input type="checkbox"/> Autre : _____ | | |

Ensemble, nous pouvons faire avancer la cause et améliorer la compréhension qu'ont le public, les médias et les décideurs clés de l'adoption.