



L'Association des Fournier d'Amérique Demande d'adhésion ou de Renouvellement

Nom _____ Prénom _____ M. ___ Mme ___
Adresse _____ Ville _____
Province _____ Pays _____ Code postal _____
Téléphone (____) _____ Courriel _____
Profession, métier, occupation _____
Date et lieu de naissance _____
Nom du conjoint _____
Date et lieu de mariage (union de fait) _____

Cotisation annuelle : 25 \$ _____ Membre bienfaiteur : 50 \$ _____ Membre à vie : 350 \$ _____

Faire le chèque à l'ordre de l'Association des Fournier d'Amérique et transmettre à:

**L'Association des Fournier d'Amérique
650, rue Graham-Bell, bur 210, Québec, QC, G1N 4H5**

Si vous désirez recevoir votre lignée, vous devez compléter ce formulaire avec les renseignements de vos parents Fournier.

Coût : 15 \$ _____ pour un membre ou 25 \$ _____ pour un non-membre. Faire parvenir à l'adresse ci-dessus.

Père _____

Date et lieu de naissance _____

Mère _____

Date et lieu de naissance _____

Date et lieu de mariage _____

Grands-parents

Grand-père paternel _____

Date et lieu de naissance _____

Date et lieu de décès _____

Grand-mère paternelle _____

Date et lieu de naissance _____

Date et lieu de mariage _____

Date et lieu de décès _____

Arrière-grands-parents

Arrière-grand-père paternel _____

Date et lieu de naissance _____

Date et lieu de décès _____

Arrière-grand-mère paternelle _____

Date et lieu de naissance _____

Date et lieu de mariage _____

Date et lieu de décès _____

Signature _____ **No. de membre :** _____ **Date** _____

26-nov-2018