



Au Cœur des Familles Agricoles

Formulaire de cotisation 2014-2015



Adhésion

Renouvellement

Nom: _____ **Prénom:** _____

Adresse: _____

Ville / Municipalité: _____ **Code postal:** _____

Tél. domicile: _____ **Date de naissance:** _____

jj-mm-aaaa

Tél. cellulaire: _____

Courriel: _____

Secteurs d'activités professionnelles:		<input type="checkbox"/> Intervenant (e)
		<input type="checkbox"/> Milieu des affaires agricoles
		<input type="checkbox"/> Producteur (trice)
		<input type="checkbox"/> Autre (préciser): _____
Secteur de production:		
<input type="checkbox"/> Acéricole	<input type="checkbox"/> Cunicole	<input type="checkbox"/> Porcin
<input type="checkbox"/> Apicole	<input type="checkbox"/> Grands gibiers	<input type="checkbox"/> Serricole maraîcher
<input type="checkbox"/> Avicole	<input type="checkbox"/> Fruits & Légumes (transformation)	<input type="checkbox"/> Veaux de grain
<input type="checkbox"/> Bovins de boucherie	<input type="checkbox"/> Maraîcher	<input type="checkbox"/> Végétaux d'ornement
<input type="checkbox"/> Bovins laitiers	<input type="checkbox"/> Ovin	<input type="checkbox"/> Viticole
<input type="checkbox"/> Caprin	<input type="checkbox"/> Pommes	<input type="checkbox"/> Autres (préciser): _____
<input type="checkbox"/> Cultures commerciales	<input type="checkbox"/> Pommes de terre	
1) De quelle façon vous avez entendu parler de Au Coeur des Familles Agricoles? _____		
2) Acceptez-vous que votre prénom, nom ou photo soient publiés dans un éventuel bulletin d'information? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		
3) Souhaiteriez-vous participer à des ateliers organisés par ACFA? Si oui, précisez... _____		
(ex.: Estime de soi, Mon ado et les drogues, La communication bi-générationnelle, etc.) _____		

Statut de membre : Individuel \$50 Corporatif \$350

SVP, faites parvenir ce formulaire dûment rempli accompagné de votre paiement à :

**Au Cœur des Familles Agricoles
600 rue Benoît, Saint-Hyacinthe, Qc J2S 1L6**

Engagement

Je m'engage à respecter les principes et les valeurs de ACFA et la confidentialité des informations nominales auxquelles je pourrais avoir accès. De plus, je dégage ACFA et ses dirigeants de toute responsabilité civile au moment des activités organisées par l'organisme.

Signature du membre: _____ **Date:** _____

Résumé à l'administration	
Demande reçue par :	en date du:
Membre accepté: <input type="checkbox"/> oui	Numéro de membre: _____
<input type="checkbox"/> non	
Commentaires _____	