

Formulaire d'adhésion / membre mécène

Date : _____

Nom de l'organisation : _____

Nom de la personne contact : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____

Courriel : _____

Je souhaite être tenuE informÉE, via courriel, des activités du Groupe d'entraide.

Don (optionnel)

Je joins à ma cotisation de 20\$ un don additionnel de _____ \$

Une fois rempli, faites parvenir ce formulaire, accompagné de votre paiement, au



Groupe d'entraide Allaitement Sein-Pathique

5-315, chemin Principal

Cap-aux-Meules (QC)

G4T 1E2

Merci!

Vous êtes propriétaire d'un commerce ou d'un bâtiment communautaire?

Joignez *La Route du Lait aux Îles de la Madeleine!*