



FORMULAIRE D'INSCRIPTION

RETOURNER À : Académie des retraités de l'Outaouais (ARO)
331. boul. Cité des Jeunes Hull, Qc J8Y 6T3

NOM : _____ PRÉNOM : _____ CARTE : # _____

A noter : Ce formulaire doit être complété par les nouveaux membres ainsi que par les membres existants qui désirent apporter des modifications à leur dossier personnel. Merci !

Adresse : (#App./rue)			Ville :		
Secteur :	Province :	Code postal :	Téléphone : ()		
Courriel :				Retraité depuis :	
Date de naissance : Année _____ Mois _____ Jour _____ <input type="checkbox"/> 50 à 55 <input type="checkbox"/> 55 à 60 <input type="checkbox"/> 60 à 65 <input type="checkbox"/> 65 à 70 <input type="checkbox"/> 70 à 75 <input type="checkbox"/> 75 à 80 <input type="checkbox"/> 80 et +					
Profession antérieure :		Domaine :		Études : <input type="checkbox"/> secondaires <input type="checkbox"/> collégiales <input type="checkbox"/> universitaires	
Offrir vos services comme bénévole à l'ARO est-il envisageable ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non				Disponibilité : <input type="checkbox"/> jour <input type="checkbox"/> soir	
Heures :					
Vos intérêts ou besoins pour les cours, activités, conférences, sorties, dîner et autres :					

INSCRIPTION AUX ACTIVITÉS

TITRE DE L'ACTIVITÉ	MONTANT	ARO
1	\$	
2	\$	
3	\$	
4	\$	

CARTE DE MEMBRE (Inscrivez et cochez le montant)

25 \$

FAITES VOTRE CHÈQUE À L'ORDRE DE «ARO»

TOTAL

\$

=====

Politique de libération juridique :

Je reconnais que certaines activités de l'Académie des retraités et pour lesquelles je me suis inscrit ou inscrite peuvent comporter l'existence de dangers et de risques de blessures. J'accepte librement et volontairement de courir ces risques et dégage l'Académie des retraités de l'Outaouais, ses directeurs et toute autre personne en charge d'activités, de toute responsabilité quant à tout dommage subi à ma personne dans le cadre des activités de l'Académie des retraités.

Signature : _____

Date : _____

Note : La liste des membres est strictement confidentielle et ne peut être utilisée pour des fins externes.

À L'USAGE DE L'ADMINISTRATION DE L'ARO

CHÈQUE COMPTANT DATE/RÉCEPTION : _____ Signature/personne autorisée _____

VISA MASTERCARD INTERAC DÉPÔT _____ INITIALE : _____

*COPIE : Blanche : administration

Jaune : comptabilité

Rose : membre