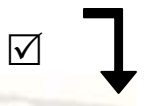


H T U C O S H A M D M H H O G O N X S M D M Γ A M A A



Nom :	Prénom :
Nom :	Prénom :
Adresse :	
Code postal :	
Téléphone (maison) :	
Téléphone (bureau) :	Courriel :



Membre individuel (15 \$)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Membre familial (20 \$)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Printemps	<input type="checkbox"/>	Automne	<input type="checkbox"/>
Renouvellement	<input type="checkbox"/>	Nouveau membre	<input type="checkbox"/>
Chèque	<input type="checkbox"/>	Argent	<input type="checkbox"/>

Je suis conscient (e) que la consommation de champignons peut représenter des risques pour la santé. Ces risques peuvent être différents selon la tolérance de chaque personne et j'assume l'entière responsabilité de mes choix.



Signature : _____

Date : _____

Retourner à : Cercle de mycologie de Rimouski inc.
291, rue St-Robert
Rimouski (Québec) G5L 4T1

