LES AMIS COMPATISSANTS DU QUÉBEC
THE COMPASSIONATE FRIENDS OF QUÉBEC

SECTION DE MONTRÉAL / MONTRÉAL BRANCH
257, SHERBROOKE, BEACONSFIELD, QUÉ. H9W 5S4
(514) 933-5791

Je désire recevoir le bulletin Amis Compatissants.

NOM _____ TÉLÉPHONE ( ) _____

ADRESSE _____ APP. _____

_____ CODE POSTAL _____

Je suis : Parent endeuillé ☐
Professionnel(le) ☐
Autre ☐

N.B. Si vous êtes un parent endeuillé, s.v.p. compléter les détails demandés au bas de la page.

S.V.P. retourner ce formulaire par la poste, à l'adresse indiquée plus haut.

Notre bulletin est envoyé aux parents et aux professionnels qui en font la demande.

N.B. Les activités du groupe sont financées entièrement par voie de contributions volontaires. L'impression du bulletin et les frais d'envois sont nos dépenses les plus élevées. Une contribution pour aider à défrayer ce coût serait grandement appréciée.

Je désire un reçu pour fins d'impôt ☐ oui ☐ non

VEUILLEZ COMPLÉTER LA SECTION SUIVANTE : Date : _____

Nom et prénom de l'enfant _____ Âge _____

Date du décès _____ Cause _____

Date de naissance _____

Nom des parents _____
(Tel que vous souhaitez qu'ils apparaissent dans le bulletin)

Frères et sœurs _____
(nom et âge)

_____

_____

Désirez-vous que le nom de votre enfant apparaisse dans le bulletin Amis Compatissants?

☐ oui ☐ non