



RENOUVELLEMENT ANRQ MEMBRE ÉTUDIANT 2025 - 2026

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Province : _____

Code Postal : _____ Date de naissance : _____

Téléphone maison : (____) _____ Bur / Cell : (____) _____

Nom du professeur : _____ Numéro de membre _____

Êtes-vous membre d'une autre association de médecine douce ? ☐ Oui ☐ Non

Laquelle ? _____

Pouvons-nous communiquer avec vous par internet ? Si oui merci de noter votre adresse

Courriel : _____

Coût de la carte de membre étudiant pour la période du 1^{er} juillet 2025 au 30 juin 2026 :

Je certifie avoir pris connaissance des informations pertinentes à la cotisation		
Cotisation membre étudiant A.N.R.Q. Pour l'année 2025-2026		45\$
Ci-JOINT UN CHEQUE AU NOM DE L'A.N.R.Q. ☐		
OU VIREMENT BANCAIRE : ☐		
Pour virement Interac : question sécurité : pourquoi réponse : carte		

Signature : _____

Date : _____

À retourner accompagné de votre règlement à :

A.N.R.Q. 991, Champflour Trois-Rivières (QC) G9A 1Z8

Afin de répondre aux exigences de la loi 25 sur les renseignements personnels, nous conserverons vos documents pour une période de deux années d'exercice. Par la suite, ils seront détruits de manière sécuritaire.