

Formulaire d'adhésion: Membre Partenaire CÉGEP *Subscription Form: College Partner Membership*

Nom de l'établissement d'enseignement -
Name of Educational Institution: _____

Nom de la responsable du programme -
Name of the Department Coordinator: _____

Numéro de téléphone -
Telephone Number: _____

Courriel - Email: _____

Statut de membre demandé:

*Requested Membership
Category:*

Membre partenaire CÉGEP – *College Partnership Member*
(200\$)

You must make your cheque to the order of:

AEESQ

Please send your cheque along with this form to the following address: