



Formulaire de membres

Renseignements	
Nom de l'organisation (si vous êtes dans la catégorie #1, #3 ou #6):	
Nom complet du représentant ou si vous êtes dans la catégorie #2,#4,#5 (<i>prénom et nom de famille</i>)	Adresse: (# civique et rue)
Téléphone::	Ville/communauté
Province:	Code postal:
Courriel:	# "statut d'Indien":
Communauté (si applicable)	
Nom de votre communauté Anishinabeg à laquelle vous êtes rattaché.e:	Clan familial (optionnel):
Sélectionner votre catégorie de membres	
Devenir membre est gratuit pour les catégories #1,2,3,4 & 5. Catégorie 6 (tarification applicable). ☐ Catégorie 1: Conseil de bande (Chef, conseiller, directeur-général (si DG, il/elle doit être avec un " statut d'Indien") ☐ Catégorie 2: Employé.e de l'Alliance Anishnabe ☐ Catégorie 3: Association ou organisation sans but lucratif Anishinabeg ☐ Catégorie 4: Autochtone (individu) (sur ou hors réserve) avec un « statut d'Indien » ☐ Catégorie 5: Expert.e reconnu.e ☐ Catégorie 6: Allochtone (Association ou OBNL) & compagnies privées allochtones et autochtones. TARIFICATION : Tarif annuel établi selon les revenus annuels de l'organisation. SVP cochez une case. ☐ 2,000,000 ou moins = 500\$+tx ☐ 2,000,001 à 9M\$ =	

☐ 750\$+tx ☐ 9,000,001\$ à 20M\$ = 1000\$+tx ☐ 20,000,001 + = 2000+tx	
Compétences & intérêts particuliers (optionnel)	
Merci de nous indiquer dans quel secteur vous aimeriez intervenir: (cochez une ou plusieurs cases)	
☐ Logement & infrastructures ☐ Culture & traditions ☐ Sports & Loisirs	☐ Éducation & Formations ☐ Développement économique ☐ Autre:
Méthode de paiement (si catégorie #6)	
☐ Par chèque (envoyez par la poste à l'adresse ci-haut) ☐ Transfert bancaire (nous vous enverrons nos coordonnées)	
Déclaration	
Je sollicite par la présente mon adhésion à l'Alliance Anishnabe. Je m'engage à respecter les valeurs, les traditions et les responsabilités de l'Alliance et à contribuer à son succès.	
Signature:	Date:
Section réservée à l'Alliance Anishnabe	
Membre #:	Date d'approbation
Approuvé par::	Signature: