



TIFERETH BETH DAVID JERUSALEM
6519 Baily Road, Côte Saint-Luc, Québec H4V 1A1 Canada
514-489-3841 ■ director@tbdj.org

FORMULAIRE D'INSCRIPTION POUR MEMBRE

PREMIER MEMBRE		SECOND MEMBRE	
NOM DE FAMILLE:		NOM DE FAMILLE À LA NAISSANCE:	
PRÉNOM:		PRÉNOM:	
ADRESSE À DOMICILE:			
VILLE, CODE POSTAL:			
SECONDS PRÉNOMS:		SECONDS PRÉNOMS:	
NOMS HÉBRAÏQUES:		NOMS HÉBRAÏQUES:	
TÉLÉPHONE À DOMICILE:		TÉLÉPHONE À DOMICILE:	
TÉLÉPHONE AU TRAVAIL:		TÉLÉPHONE AU TRAVAIL:	
NUMÉRO DE CELLULAIRE:		NUMÉRO DE CELLULAIRE:	
ADRESSE COURRIEL À DOMICILE :		ADRESSE COURRIEL À DOMICILE :	
ADRESSE COURRIEL AU TRAVAIL:		ADRESSE COURRIEL AU TRAVAIL:	
DATE DE NAISSANCE:	<input type="checkbox"/> AVANT <input type="checkbox"/> APRÈS LE COUCHER DU SOLEIL	DATE DE NAISSANCE:	<input type="checkbox"/> AVANT <input type="checkbox"/> APRÈS LE COUCHER DU SOLEIL
DATE DE MARIAGE:	<input type="checkbox"/> AVANT <input type="checkbox"/> APRÈS LE COUCHER DU SOLEIL	NOM DE FAMILLE DÉSIRÉ:	
NOM DE VOTRE TRAVAIL:		NOM DE VOTRE TRAVAIL:	
ADRESSE AU TRAVAIL:		ADRESSE AU TRAVAIL:	
VILLE, CODE POSTAL:		VILLE, CODE POSTAL:	
NOM HÉBRAÏQUE DE VOTRE PÈRE:		NOM HÉBRAÏQUE DE VOTRE PÈRE:	
NOM HÉBRAÏQUE DE VOTRE MÈRE:		NOM HÉBRAÏQUE DE VOTRE MÈRE:	
<input type="checkbox"/> COHEN / <input type="checkbox"/> LÉVI / <input type="checkbox"/> ISRAEL		<input type="checkbox"/> COHEN / <input type="checkbox"/> LÉVI / <input type="checkbox"/> ISRAEL	
SIGNATURE:		DATE:	

**VEUILLEZ S'IL VOUS PLAÎT CONSULTER LE VERSO AFIN DE FOURNIR LES
INFORMATIONS CONCERNANT VOS ENFANTS**



TIFERETH BETH DAVID JERUSALEM
6519 Baily Road, Côte Saint-Luc, Québec H4V 1A1 Canada
514-489-3841 ■ director@tbdj.org

INFORMATIONS CONCERNANT VOS ENFANTS

ENFANT #1

PRÉNOM:

SECONDS PRÉNOMS:

NOMS HÉBRAÏQUES:

HOMME
 FEMME

DATE DE NAISSANCE:

AVANT
 APRÈS
LE COUCHER DU SOLEIL

ÉCOLE:

MARRIÉ(E)

ENFANT #2

PRÉNOM:

SECONDS PRÉNOMS:

NOMS HÉBRAÏQUES:

HOMME
 FEMME

DATE DE NAISSANCE:

AVANT
 APRÈS
LE COUCHER DU SOLEIL

ÉCOLE:

MARRIÉ(E)

ENFANT #3

PRÉNOM:

SECONDS PRÉNOMS:

NOMS HÉBRAÏQUES:

HOMME
 FEMME

DATE DE NAISSANCE:

AVANT
 APRÈS
LE COUCHER DU SOLEIL

ÉCOLE:

MARRIÉ(E)

ENFANT #4

PRÉNOM:

SECONDS PRÉNOMS:

NOMS HÉBRAÏQUES:

HOMME
 FEMME

DATE DE NAISSANCE:

AVANT
 APRÈS
LE COUCHER DU SOLEIL

ÉCOLE:

MARRIÉ(E)

VEUILLEZ BIEN LIRE ET SIGNER CI-DESSOUS:

Je soussigné atteste par la présente en mon nom, ainsi qu'au nom des membres de ma famille, de me conformer aux règles et aux exigences d'adhésion de la Congregation Tifereth Beth David Jerusalem, tel que présentés dans sa constitution et à ses règlements, que je reconnais avoir eu la possibilité de consulter avant de signer la présenté.

IMPRIMEZ VOTRE NOM

SIGNATURE

DATE