

FORMULAIRE DE DEMANDE D’AFFILIATION

Demande d’affiliation d’un groupe local **Formulaire de changement d’équipier/ère**

VEUILLEZ DACTYLOGRAPHIER OU ECRIRE EN MAJUSCULES Ce groupe demande une affiliation à AGLOW INTERNATIONAL et demande à être reconnu en tant que

GROUPE LOCAL D’AGLOW à _____
(Ville & Pays)

Date _____
(jour/mois/année)

Nous, membres listés ci-dessous, sommes en accord avec la Profession de Foi d’Aglow telle qu’elle est exprimée dans « Ce que nous croyons ». Nous acceptons également de suivre les règles d’Aglow International.

Nous acceptons que, si notre demande était refusée ou si par la suite, l’affiliation venait à être interrompue, nous cesserions d’utiliser le nom “AGLOW INTERNATIONAL” ou tout autre nom qui lui ressemble et qui prêterait à confusion.

PRÉSIDENT/E

VICE-PRÉSIDENT/E

Nom _____

Nom _____

Adresse du domicile _____

Adresse du domicile _____

Adresse postale _____

Adresse postale _____

Ville _____

Ville _____

Pays _____

Pays _____

N° de téléphone _____

N° de téléphone _____

Email _____

Email _____

Eglise & Dénomination _____

Eglise & Dénomination _____

Langues parlées _____

Langues parlées _____

SECRÉTAIRE

TRÉSORIER/ÈRE

Nom _____

Nom _____

Adresse du domicile _____

Adresse du domicile _____

Adresse postale _____

Adresse postale _____

Ville _____

Ville _____

Pays _____

Pays _____

N° de téléphone _____

N° de téléphone _____

Email _____

Email _____

Eglise & Dénomination _____

Eglise & Dénomination _____

Langues parlées _____

Langues parlées _____

SECOND(E) SECRÉTAIRE

Nom _____ SI VOUS VOULEZ RECEVOIR VOS COURRIERS AGLOW DANS
Adresse du domicile _____ VOTRE BOITE POSTALE VEUILLEZ INDIQUER LES
Adresse postale _____ INFORMATIONS NECESSAIRES CI-DESSOUS :
Ville _____ N° de la boîte _____
Pays _____ Ville _____
N° de téléphone _____ Pays _____
Email _____
Eglise & Dénomination _____
Langues parlées _____

CONSEILLERS/ÈRES DU GROUPE LOCAL AGLOW

Nom _____ N° de téléphone _____
Adresse _____ Nom de l'église _____
_____ Dénomination _____
Nom _____ N° de téléphone _____
Adresse _____ Nom de l'église _____
_____ Dénomination _____
Nom _____ N° de téléphone _____
Adresse _____ Nom de l'église _____
_____ Dénomination _____
Lieu de rencontre _____
Adresse _____
Ville _____
Jour _____ Heure _____
Semaine du mois (entourez un chiffre): 1 2 3 4

Document à renvoyer à :

Votre responsable national(e) Aglow

Ou à

Global Field Office – International
Aglow International
P.O. Box 1749
Edmonds, WA 98020-1749, USA

Approuvé par :

Le/la responsable Aglow de votre pays

Signature _____

Titre _____

Approuvé ce jour, le _____