

**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

GRUPE 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 \_\_\_\_\_