



Aboriginal Veterans Autochtones

Membership Application Form - Formulaire d'adhésion

PERSONAL DATA - INFORMATION PERSONNEL

Name - Nom			
	Family name - Nom de famille	Given name and initials - Prénom et initiales	
Address - Adresse			
	Address - Adresse		
City - Ville		Province	P.C - C.P
Telephone - Téléphone		E-mail- Courriel	
DOB - DDN			
Aboriginal Affiliation - Affiliation Autochtone			
<input type="checkbox"/> First Nation Premières Nations <input type="checkbox"/> Métis Métis <input type="checkbox"/> Inuit Inuit <input type="checkbox"/> Other: _____ Autres <input type="checkbox"/> Non-Aboriginal Non-Autochtones			

MILITARY DATA - SERVICE MILITAIRE

Enlistment Date - Date d'enrôlement		Discharge - Retirement Retraite - Libérer	
Units - Forces Served With - Unités - servie avec			
Medals, Decorations, Awards Médailles, décorations, citations			
Additional info you may wish to include - Informations additionnelles que vous souhaiteriez ajouter			

Signature		Date	
-----------	--	------	--

For Registrar Use - Pour enregistrement seulement (Office Use Only - Pour office seulement)

Membership Number - Numéro de membre	Date Received - Date Reçu	Date Processed - Date Traitée	Registrar Initials - Initials du registraire
---	------------------------------	----------------------------------	---

Regular / Régulier Associate / Associates