



MEMBERSHIP APPLICATION FORM
FORMULAIRE D'ADHESION POUR LES MEMBRES

Canadian Airborne Forces Association
Association des Forces Aéroportées du Canada

Please Print/Majuscules SVP

1. Given Name/Prenom _____ Surname/Nom de Famille _____

2. Rank/Grade _____

3. Mailing Address/Adresse Postale _____

4. Province _____ Postal Code Postale _____

5. Phone/Téléphone _____ Fax/Télécopieur _____

6. Email/Courriel _____

7. Date of parachute qualification/de qualification de parachutiste _____

8. Unit(s)/Unité(s) _____

9. Membership dues enclosed/Les frais de cotisation ci-joint

___ 1 year/1 année \$20.00

___ 3 years/3 années \$55.00

___ 6 years/6 années \$100.00

Mail completed application with cheque or money order to:

Veillez envoyer la demande avec le cheque ou mandat-postale à:

Mel Douglas
CAFA Treasurer
145 Grenadier Dr.
Kingston, On. K7K 6H1
Phone # (613) 544-5165
E-mail: meldouglas@excite.com

Secretarial Use Only

CAFA/AFAC # _____

Receipt # _____

Card _____ Pin _____

Charity Receipt # _____