



383 Parkdale Avenue, Suite/Bureau 402, Ottawa, ON. K1Y 4R4
Tel : 613.729.6668 Fax : 613.729.9608 casw@casw-acts.ca

www.casw-acts.ca

MEMBERSHIP RENEWAL NOTICE RENOUVELLEMENT D'ADHÉSION

Dear Member/Cher Membre:

We appreciate your membership and continued support to the Canadian Association of Social Workers (CASW) To continue your CASW membership, please complete and return this form to CASW	Nous apprécions votre adhésion et un votre soutien continu à l'Association canadienne des travailleuses et travailleurs sociaux (ACTS) Pour continuer votre adhésion s'il vous plaît remplir et retourner ce formulaire à l'ACTS
--	---

Gender/Sexe: _____

First Name/Prénom _____ Last Name/Nom de Famille _____

MEMBERSHIP/REF. NUMBER/ NUMÉRO DE MEMBRE: _____	MEMBERSHIP STATUS / STATUT DE MEMBRE : AFFILIATE/AFFILIÉ <input type="checkbox"/> STUDENT/ÉTUDIANT(E) <input type="checkbox"/> YEAR OF GRADUATION/ ANNÉE DE GRADUATION: _____
---	---

If you have new contact information and have not yet informed CASW, please provide it below:

Si vos coordonnées ont changé, s'il vous plaît compléter les informations suivantes :

Address/Adresse: _____

City/Ville _____ Province/Province: _____ Postal Code/Code Postal: _____

Tel: (Work/Bur): _____ Tel: (Res) _____ Cell: _____

Email(s)/Courriel(s): _____

<p>Please return this form to:</p> <p>Canadian Association of Social Workers 383 Parkdale, Suite 402 Ottawa, Ontario, K1Y 4R4</p> <p>Affiliate members enclose cheque or money order in sum of: \$50.00</p> <p>For more information contact: sandra.veilleux@casw-acts.ca</p>	<p>S'il vous plaît envoyez ce formulaire à :</p> <p>Association canadienne des travailleuses et travailleurs sociaux 383, rue Parkdale, bureau 402 Ottawa, Ontario, K1Y 4R4</p> <p>Les membres affiliés joindre un chèque ou mandat-poste de : \$50.00</p> <p>Pour plus d'information contacter: sandra.veilleux@casw-acts.ca</p>
I hereby reconfirm the Declarations on my original application as being true and authorize CASW to verify all information provided.	Par la présente, je confirme les déclarations sur ma demande initiale comme étant vrai, et j'autorise l'ACTS de vérifier tout les renseignements fournis.

Signature : _____ Date : _____