

RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION

N° DE MEMBRE

N° D'EMPLOYÉ

Adhésion

Changement d'adresse

Autres modifications

ADHÉREZ

**S.V.P. REMPLIR EN LETTRES MOULÉES ET
REMETTRE AU COMPTOIR CASINO PRIVILÈGES**

Mme

M.

Nom:

Prénom:

Date de naissance: AAAA

MM

JJ

ADRESSE

Civique

Rue

Rue (suite)

App.

Ville

Province/État

Code postal

Pays (si autre que Canada)

TÉLÉPHONE

Résidence:

Préférence

Cellulaire:

COURRIEL @

CONSENTEMENT DE COMMUNICATION

**JE DÉSIRE QU'ON ME COMMUNIQUE DES OFFRES ET
DES INVITATIONS DU CLUB CASINO PRIVILÈGES.**

(Cochez les options désirées)

Par la poste: Oui

Enveloppe confidentielle: Oui

Par courriel: Oui

Par téléphone: Oui

Par messagerie texte: Oui

Langue privilégiée: Français

Anglais

SIGNATURE

Date: AAAA

MM

JJ