



FORMULAIRE D'ADHESION ÉTUDIANT

Information générale: <i>CONSIGNES</i> Écrivez lisiblement en caractères d'imprimerie en incluant les accents.	
Nom de famille:	Prénom:
Date de naissance:	Lieu de naissance:
Langues parlées:	
Sexe:	F M
Etes-vous membre d'une autre association ou regroupement? <input type="radio"/> <input type="radio"/> N	
Si oui, le nom et le # de membre:	
Avez-vous été référé à l'ACTMD par un membre ? <input type="radio"/> <input type="radio"/> N Si oui, prénom et nom:	
Faites-vous des visites à domicile? <input type="radio"/> <input type="radio"/> N	
Effectuez-vous des traitements en entreprise? <input type="radio"/> <input type="radio"/> N	
Travaillez-vous avec les enfants? <input type="radio"/> <input type="radio"/> N les adolescents? <input type="radio"/> <input type="radio"/> N	
Seriez-vous intéressé à participer à des ateliers causerie? <input type="radio"/> <input type="radio"/> N	
Seriez-vous intéressé à écrire des articles? <input type="radio"/> <input type="radio"/> N	
Avez-vous déjà été déclaré coupable d'une infraction criminelle? <input type="radio"/> <input type="radio"/> N	
Si oui, spécifiez la nature et l'année de cette infraction:	
Avez-vous déjà été radié ou suspendu d'un organisme ou d'un ordre professionnel? <input type="radio"/> <input type="radio"/> N	
Si oui, spécifiez les raisons ainsi que l'année de la radiation ou la suspension :	

Adresse domicile:	
Adresse:	App.:
Ville:	Province:
Code postal:	

Adresse d'affaire Identique à l'adresse du domicile:	
Adresse:	App.:
Ville:	Province:
Code postal:	

Numéro(s) de téléphone	
Téléphone résidence:	Téléphone bureau:
Cellulaire	Page
Télécopieur:	Courriel:
Site WEB:	

FORMULAIRE D'ADHESION ÉTUDIANT (suite)

Disciplines par domaines d'études

Massothérapeute Naturopathe Naturothérapeute Chiropraticien Hypnose Autres:	Techniques: _____ Kinésithérapeute Physiothérapeute Ostéopathe Maître PNL	Homéopathe Orthothérapeute Thérapeute en réadaptation physique (TRP)	Acupuncteur Kinésiologue
Autres (précisez et inclure les diplômes):			

Situation géographique (un seul choix)

Nouveau-Brunswick Estrie Gaspésie/I.D.M. Ville Québec Côte-Nord Abitibi/Témiscamingue Montérégie Mtl/Sud-Ouest Mtl/Villeray-Pte. Patrie Mtl/Hochelaga-Maisonneuve Mtl/Rosemont Mtl/St-Michel Mtl/Anjou Mtl/Ahuntsic Autres:	Ontario Outaouais Chaudière/Appalache Laval Lanaudière Rive-Nord Mtl/West-Island Mtl/Westmount Mtl/Verdun-I.D.S Mtl/Riv. Des Prairies Mtl/N.D.G. Mtl/Centre-Ville Mtl-Nord Mtl/Mercier	Nord du Québec Saguenay/Lac St-Jean Estrie Bas St-Laurent Mauricie/Bois Franc Laurentides Mtl/Snowdon-C.D.N. Mtl/Outremont Mtl/Lasalle Mtl/St-Laurent Mtl/Centre-Sud Mtl/Est Mtl/Plateau
---	---	--

Pour être membre étudiant, vous devrez :

- Être âgé de 18 ans et plus
- Détenir un DES (ou l'équivalent) ou posséder une expérience jugée pertinente
- Être citoyen canadien ou avoir le droit de résidence ou détenir un permis de travail valide
- Maîtriser une des deux (2) langues officielles au Canada soit le français ou l'anglais

Pour être membre étudiant, vous devrez nous envoyer les documents suivants :

- Joindre une copie de reçu ou preuve d'inscription à une école accréditée
- Copie de votre certificat de naissance ou passeport
- Copie de votre preuve de citoyenneté ou de résidence légale (s'il y a lieu)
- Copie de votre permis de travail valide (s'il y a lieu)
- Joindre 1 photo récente de format passeport
- Joindre une copie de c.v.



FORMULAIRE D'ADHESION ÉTUDIANT (suite)

Inscription gratuite – Pour un an

Je soussigné, déclare:

- Avoir lu et compris les termes de ma demande d'adhésion;
- Être le requérant et que les informations contenues dans ma demande d'admission sont exactes et véridiques;
- Affirme que tous les diplômes, certificats, attestations, documents et informations fournis à l'ACTMD sont véridiques.
- Consens, d'une façon libre et manifeste, à ce que l'ACTMD consigne dans un dossier tous les renseignements que je lui transmettrai, d'une façon écrite, orale, informatisée ou autres.
- Reconnais que les documents ou certificat(s) d'appartenance, déclarations du praticien traitant sont la propriété de l'ACTMD. Ainsi, advenant, pour quelles que soient les raisons, que je ne sois plus membres, je m'engage obligatoirement dans les (10) jours de l'annulation de mon statut de membre, à retourner au siège social le/les certificat(s), les déclarations du praticien traitant ou toutes autres documentations demandées par la direction de l'ACTMD.

Il est entendu que ces renseignements demeurent confidentiels.

Date: _____ Signature: _____

