

FORMULAIRE D'ADHESION

Information générale: <i>CONSIGNES</i> Veuillez écrire en caractères d'imprimerie ou le dactylographier.	
Nom de famille:	Prénom:
Date de naissance:	Lieu de naissance:
Langues parlées:	
Sexe: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	
Etes-vous membre d'une autre association ou regroupement? O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	
Si oui, le nom et le # de membre:	
Comment avez-vous découvert l'existence de l'ACTMD?	
Faites-vous des visites à domicile? O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	
Effectuez-vous des traitements en entreprise? O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	
Travaillez-vous avec les enfants? O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> les adolescents? O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	
Seriez-vous intéressé à participer à des ateliers causerie? O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	
Seriez-vous intéressé à écrire des articles? O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	
Avez-vous déjà été déclaré coupable d'une infraction criminelle? O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	
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? O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	
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 <input type="checkbox"/> 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 (suite)

Spécialisation	
Tabagisme <input type="checkbox"/>	Obésité <input type="checkbox"/>
Toxicomanie <input type="checkbox"/>	Désordre psychologique <input type="checkbox"/>
Formation en psychothérapie <input type="checkbox"/>	Trouble alimentaire <input type="checkbox"/>
Formation en relation d'aide <input type="checkbox"/>	Régressions <input type="checkbox"/>
Palingénésie (Rebirth) <input type="checkbox"/>	Vies antérieures <input type="checkbox"/>
	Hypno-anesthésie <input type="checkbox"/>
Autres (précisez et inclure les diplômes):	
Fournissez-vous à vos clients des cassettes personnalisées?	
Fournissez-vous à vos clients des cassettes pré enregistrées?	

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

Vous devez être âgé de 18 ans ou plus et être citoyen canadien ou avoir le droit de résidence

Pour être membre:




- Joindre copies de vos diplômes et relevés de notes;
- Joindre une copie de votre certificat de naissance;
- Joindre 1 photo récente de format passeport;
- Joindre une copie de c.v.




Les personnes qui ne sont pas originaires du Québec doivent fournir une preuve de citoyenneté ou de résidence légale.













Pour être membre étudiant:

- Joindre une copie de reçu ou preuve d'inscription à une école accréditée;
- Joindre 2 photos récentes de format passeport;
- Joindre une copie de c.v.

FORMULAIRE D'ADHESION (suite)

Je choisis de payer en un seul versement – Pour un an	
<input type="checkbox"/> 55.00\$	Ouverture de dossier ¹
<input type="checkbox"/> 30.00\$	Ouverture de dossier ¹ si vous êtes déjà membre étudiant
<input type="checkbox"/> 75.00\$	Évaluation ¹
<input type="checkbox"/> 150.00\$	Cotisation 1 an
Total	
Ce montant sera versé: <input type="checkbox"/> Comptant / Mandat poste <input type="checkbox"/> Chèque <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> 	
No. de carte de crédit	Nom du titulaire de la carte:
Date d'expiration:	Date d'entrée en vigueur:

Je choisis de payer en un seul versement – Pour deux ans	
<input type="checkbox"/> 55.00\$	Ouverture de dossier ¹
<input type="checkbox"/> 30.00\$	Ouverture de dossier ¹ si vous êtes déjà membre étudiant
<input type="checkbox"/> 75.00\$	Évaluation ¹
<input type="checkbox"/> 275.00\$	Cotisation 2 ans
Total	
Ce montant sera versé: <input type="checkbox"/> Comptant / Mandat poste <input type="checkbox"/> Chèque <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> 	
No. de carte de crédit	Nom du titulaire de la carte:
Date d'expiration:	Date d'entrée en vigueur:

Je choisis de payer en 3 versements consécutifs – Pour un an				
<input type="checkbox"/> 55.00\$	Ouverture de dossier ¹	<input type="checkbox"/> 	<input type="checkbox"/> 	<input type="checkbox"/> 
<input type="checkbox"/> 30.00\$	Ouverture de dossier ¹ si vous êtes déjà membre étudiant	<input type="checkbox"/> 	<input type="checkbox"/> 	<input type="checkbox"/> 
Ce montant sera versé: <input type="checkbox"/> Comptant / Mandat poste <input type="checkbox"/> Chèque				
<input type="checkbox"/> 75.00\$	Évaluation ¹	<input type="checkbox"/> 	<input type="checkbox"/> 	<input type="checkbox"/> 
Ce montant sera versé: <input type="checkbox"/> Comptant / Mandat poste <input type="checkbox"/> Chèque				
<input type="checkbox"/> 50.00\$	1 ^{er} versement de la cotisation (Les 2 autres versements seront prélevés automatiquement à chaque mois)	<input type="checkbox"/> 	<input type="checkbox"/> 	<input type="checkbox"/> 
Ces montants seront versés:				
Total				
No. de carte de crédit		Nom du titulaire de la carte:		
Date d'expiration:		Date d'entrée en vigueur:		

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.
- Affirme comprendre le contenu du code de déontologie de "Association Canadienne des Thérapeutes en Médecines Douces" et accepte de me conformer aux règlements de ce code et envers les règlements de la dite Association.
- 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 membre, 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.
- J'autorise l'ACTMD à transmettre au grand public (pour référence seulement) ou aux demandeurs (assureurs, police), les informations relatives à mon dossier

Il est entendu que ces renseignements demeurent confidentiels.

Date: _____ Signature: _____

¹ Les frais d'ouverture de dossier et d'évaluation ne sont pas remboursables.



AUTORISATION PUBLICATION SUR LE WEB

Par la présente, j'autorise l'Association Canadienne des Thérapeutes en Médecines Douces à publier mon nom et mon numéro de téléphone sur le site www.actmd.org pour référence au grand public.

Je comprends que l'ACTMD ne peut être tenue responsable des appels reçus par les membres, peu importe leur nature.

Notez que ce service est gratuit et n'est pas obligatoire. L'ACTMD se réserve 30 jours pour publier votre nom et se réserve le droit de retirer le nom de tout membre dont le dossier sera fermé quelle qu'en soit la raison.

En conséquence, le membre déclare et reconnaît avoir lu et compris toutes et chacune des obligations du présent contrat.

Et j'ai signé, le _____

Signature _____

Nom en majuscule _____

No. de téléphone à publier _____

Ville à publier (1 seulement) _____

Courriel _____

Site WEB _____

Situation géographique (un seul choix)					
Nouveau-Brunswick	<input type="checkbox"/>	Ontario	<input type="checkbox"/>	Nord du Québec	<input type="checkbox"/>
Estrie	<input type="checkbox"/>	Outaouais	<input type="checkbox"/>	Saguenay/Lac St-Jean	<input type="checkbox"/>
Gaspésie/I.D.M.	<input type="checkbox"/>	Chaudière/Appalache	<input type="checkbox"/>	Estrie	<input type="checkbox"/>
Ville Québec	<input type="checkbox"/>	Laval	<input type="checkbox"/>	Bas St-Laurent	<input type="checkbox"/>
Côte-Nord	<input type="checkbox"/>	Lanaudière	<input type="checkbox"/>	Mauricie/Bois Franc	<input type="checkbox"/>
Abitibi/Témiscamingue	<input type="checkbox"/>	Rive-Nord	<input type="checkbox"/>	Laurentides	<input type="checkbox"/>
Montréal	<input type="checkbox"/>	Mtl/West-Island	<input type="checkbox"/>	Mtl/Snowdon-C.D.N.	<input type="checkbox"/>
Mtl/Sud-Ouest	<input type="checkbox"/>	Mtl/Westmount	<input type="checkbox"/>	Mtl/Outremont	<input type="checkbox"/>
Mtl/Villeray-Pte. Patrie	<input type="checkbox"/>	Mtl/Verdun-I.D.S	<input type="checkbox"/>	Mtl/Lasalle	<input type="checkbox"/>
Mtl/Hochelaga-Maisonneuve	<input type="checkbox"/>	Mtl/Riv. Des Prairies	<input type="checkbox"/>	Mtl/St-Laurent	<input type="checkbox"/>
Mtl/Rosemont	<input type="checkbox"/>	Mtl/N.D.G.	<input type="checkbox"/>	Mtl/Centre-Sud	<input type="checkbox"/>
Mtl/St-Michel	<input type="checkbox"/>	Mtl/Centre-Ville	<input type="checkbox"/>	Mtl/Est	<input type="checkbox"/>
Mtl/Anjou	<input type="checkbox"/>	Mtl-Nord	<input type="checkbox"/>	Mtl/Plateau	<input type="checkbox"/>
Mtl/Ahuntsic	<input type="checkbox"/>	Mtl/Mercier	<input type="checkbox"/>		
Autres: _____					

EXTRAIT DE LA CHARTE ET STATUTS DE L'ACTMD Précisions sur quelques règlements

Ce document doit être signé et retourné avec votre formulaire d'adhésion

1. *Un membre doit se conformer à la Charte et Statuts de l'A.C.T.M.D.*
2. *1.13.3 La cotisation est payable à la date anniversaire de votre adhésion chaque année. Un membre a 30 jours pour payer sa cotisation. Après ce délai, si aucun arrangement n'est consenti entre les deux parties, le dossier du membre sera fermé et il perdra ainsi tous ses privilèges.*
3. *1.14.1 Les commandes de reçus et autres doivent être payées dans les 30 jours suivant la réception de celles-ci. Dans le cas contraire, le membre n'aura plus de crédit et devra envoyer un chèque avec sa commande. Des frais de retard de 2% s'appliqueront.*
4. *1.8.4.3 Un membre se doit de faire son changement d'adresse ou de numéro de téléphone au besoin. L'Association ne le cherchera pas.*
5. *Un membre ne doit pratiquer que la discipline pour laquelle il est diplômé. L'assurance professionnelle ne couvre pas un acte pour lequel un thérapeute n'est pas certifié et le client ne sera pas remboursé pour le traitement.*
6. *Le certificat doit être affiché à la vue du public.*

Un membre perd son titre de membre:

1. *1.8.4.3 Par le non-suivi du dossier; changement d'adresse, téléphone, courriel de no. De carte de crédit pour ceux qui font des versements mensuels.*
2. *Les membres ainsi que les compagnies d'assurance seront informés de toute radiation. L'Association se réserve le droit d'employer d'autres moyens afin de rendre publique la radiation.*

Un membre radié n'a plus droit aux privilèges de l'Association.

Le certificat et la carte de membre demeurent la propriété de l'Association et doivent nous être remis au moment de la radiation, de la démission ou de la fermeture du dossier. Des frais de 75.00\$ s'appliqueront pour le certificat qui ne sera pas retourné dans les 30 jours suivant la radiation, fermeture du dossier, suspension ou démission.

Je comprends que d'autres règlements peuvent s'ajouter et je m'engage à les respecter aussitôt informé.

Je comprends le contenu de ces règlements et je m'engage par la présente à les respecter sous peine de sanction.

N.B.: Pour la version complète, ou pour toute information concernant l'Association, vous pouvez consulter notre site WEB à l'adresse suivante: www.actmd.org ou téléphonez-nous au (514) 648-8111 / ligne sans frais: 1-866-648-8111:

Date _____

Signature _____

