

FORMULAIRE D'ADHESION ÉTUDIANT

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 ÉTUDIANT (suite)

Disciplines par domaines d'études			
Massothérapie <input type="checkbox"/>	Hypnose <input type="checkbox"/>	Naturopathie <input type="checkbox"/>	Kinésiologie <input type="checkbox"/>
Orthothérapie <input type="checkbox"/>	Maître PNL <input type="checkbox"/>	Naturopathie <input type="checkbox"/>	Homéopathie <input type="checkbox"/>
Kinésithérapie <input type="checkbox"/>	Chiropractie <input type="checkbox"/>	Acupuncture <input type="checkbox"/>	Ostéopatie <input type="checkbox"/>
Autres (précisez et inclure les diplômes):			

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"/>	
Montérégie <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 citoyen canadien ou avoir le droit de résidence




Les personnes qui ne sont pas originaires du Canada 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 une copie de votre certificat de naissance;
- Joindre 1 photo récente de format passeport;
- Joindre une copie de c.v.



FORMULAIRE D'ADHESION ÉTUDIANT (suite)

Je choisis de payer en un seul versement – Pour un an	
<input type="checkbox"/>	25.00\$ Membre étudiant ¹ Cette somme sera créditée, lors de l'ouverture de dossier comme membre actif
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 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 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.

Il est entendu que ces renseignements demeurent confidentiels.

Date: _____ Signature: _____

¹ Les frais ne sont pas remboursables.

