

## FORMULAIRE D'ADHESION

<b>Information générale:</b> <i>CONSIGNES Écrivez lisiblement en caractères d'imprimerie.</i>	
<b>Nom de famille:</b>	<b>Prénom:</b>
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 :	

<b>Adresse domicile:</b>	
Adresse:	App.:
Ville:	Province:
Code postal:	

<b>Adresse d'affaire</b> <input type="checkbox"/> Identique à l'adresse du domicile:	
Adresse:	App.:
Ville:	Province:
Code postal:	

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

## FORMULAIRE D'ADHESION (suite)

<b>Spécialisation</b>			
Tabagisme	<input type="checkbox"/>	Hypno-anesthésie	<input type="checkbox"/>
Gestion du poids	<input type="checkbox"/>	Hypno-naissance	<input type="checkbox"/>
Pédo-hypnose	<input type="checkbox"/>	Palingénésie (Rebirth)	<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?			

<b>Situation géographique (un seul choix)</b>			
Nouveau-Brunswick	<input type="checkbox"/>	Ontario	<input type="checkbox"/>
Estrie	<input type="checkbox"/>	Outaouais	<input type="checkbox"/>
Gaspésie/I.D.M.	<input type="checkbox"/>	Chaudière/Appalache	<input type="checkbox"/>
Ville Québec	<input type="checkbox"/>	Laval	<input type="checkbox"/>
Côte-Nord	<input type="checkbox"/>	Lanaudière	<input type="checkbox"/>
Abitibi/Témiscamingue	<input type="checkbox"/>	Rive-Nord	<input type="checkbox"/>
Montréal	<input type="checkbox"/>	Mtl/West-Island	<input type="checkbox"/>
Mtl/Sud-Ouest	<input type="checkbox"/>	Mtl/Westmount	<input type="checkbox"/>
Mtl/Villeray-Pte. Patrie	<input type="checkbox"/>	Mtl/Verdun-I.D.S	<input type="checkbox"/>
Mtl/Hochelaga-Maisonneuve	<input type="checkbox"/>	Mtl/Riv. Des Prairies	<input type="checkbox"/>
Mtl/Rosemont	<input type="checkbox"/>	Mtl/N.D.G.	<input type="checkbox"/>
Mtl/St-Michel	<input type="checkbox"/>	Mtl/Centre-Ville	<input type="checkbox"/>
Mtl/Anjou	<input type="checkbox"/>	Mtl-Nord	<input type="checkbox"/>
Mtl/Ahuntsic	<input type="checkbox"/>	Mtl/Mercier	<input type="checkbox"/>
Autres:			

**Pour être membre, 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




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

- Copies de vos diplômes et relevés de notes et heures de formation
- 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)
- 1 photo récente de format passeport
- Copie de votre CV

Note : Tous les documents envoyés à l'ACTMD ne seront pas retournés au destinataire. Si votre dossier n'est pas accepté, les documents seront détruits adéquatement.

## FORMULAIRE D'ADHESION (suite)

<b>Je choisis de payer en un seul versement – Pour un an</b>	
<input type="checkbox"/>	45.00\$ Ouverture de dossier <sup>1</sup>
<input type="checkbox"/>	75.00\$ Évaluation <sup>1</sup>
<input type="checkbox"/>	150.00\$ Cotisation 1 an
<b>Total</b>	
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:

<b>Je choisis de payer en un seul versement – Pour deux ans</b>	
<input type="checkbox"/>	45.00\$ Ouverture de dossier <sup>1</sup>
<input type="checkbox"/>	75.00\$ Évaluation <sup>1</sup>
<input type="checkbox"/>	275.00\$ Cotisation 2 ans (économie de 25\$)
<b>Total</b>	
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.
- 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 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.
- 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: \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Il n'y a aucuns frais pour l'analyse de votre dossier scolaire et le calcul des équivalences (reconnaissance des acquis). Les frais pour l'ouverture de dossier et l'évaluation pratique, si nécessaire, 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](http://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"/>
Etrie	<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"/>	Etrie	<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: \_\_\_\_\_

## 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 aux Statuts de l'ACTMD ;*
2. *La cotisation est payable à la date anniversaire de votre adhésion. Le membre a trente (30) jours pour payer sa cotisation. Après ce délai, si aucun arrangement n'a été consenti entre les deux (2) parties, le dossier du membre sera fermé et il perdra ainsi tous ses privilèges ;*
3. *Les commandes de reçus et/ou autres fournitures doivent être payées dans les trente (30) jours suivant la réception de celles-ci. Dans le cas contraire, le membre se verra refuser toute forme de crédit et devra payer tout autre achat soit par chèque certifié, mandat poste ou carte de crédit. Des frais de retard de 2 % s'appliqueront ;*
4. *Un membre se doit de faire son changement d'adresse ou de numéro de téléphone au besoin. Des frais seront facturés au membre si l'Association doit procéder à un deuxième envoi postal à cause d'une adresse erronée ;*
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 reconnu ;*
6. *Le certificat d'attestation doit être affiché à la vue du public ;*
7. *La cotisation n'est pas remboursable.*

**Un membre perdra son titre de membre :**

1. *Pour ne pas avoir payé son renouvellement à la date anniversaire de son adhésion ;*
2. *Pour ne pas avoir fait le suivi de son dossier, de ne pas avoir mentionné son changement d'adresse, numéro de téléphone ou courriel;*
3. *S'il a été radié d'une autre association professionnelle, reconnue ou non.*

Chaque radiation et/ou avis disciplinaire sera rendu public et les compagnies d'assurances en seront directement informées. L'Association se réserve le droit d'informer le public, par tout autre moyen, de la suspension ou de la radiation du membre.

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, suspension, démission ou fermeture du dossier. Des frais de 75 \$ s'appliqueront pour le certificat qui ne sera pas retourné dans les trente (30) jours suivant la radiation, suspension, démission ou fermeture du dossier.

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](http://www.actmd.org) ou nous téléphoner au (514) 648-8111 / ligne sans frais: 1-866-648-8111

Signature : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

