



RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION / NO. LICENCE _____

FORMULAIRE D'INSCRIPTION – CORPORATION DES PRATICIENS EN MÉDECINES DOUCES DU QUÉBEC

Pour être considérée, toute demande d'inscription doit être accompagnée de votre curriculum vitae ou de vos notes additionnelles afin de préciser l'ensemble de votre expérience et scolarité. Veuillez accompagner ce formulaire d'une copie de vos diplômes obtenus. Il est à noter que suite à l'évaluation de ce dossier, la CPMDQ se réserve (30) jours de la date de l'inscription pour refuser la candidature moyennant un frais administratif de 50\$.

RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Nom du thérapeute : _____

Date de naissance (J/M/A) : ____/____/____ Numéro d'assurance social : _____

ADRESSE DU DOMICILE

Adresse : _____

Ville : _____ Province : _____ Code Postal : _____

ADRESSE DU BUREAU (si différente du domicile)

Adresse : _____

Ville : _____ Province : _____ Code Postal : _____

NUMÉRO(S) DE TÉLÉPHONE

Téléphone (rés.) : _____ Téléphone (bur.) _____

Cellulaire : _____ Pagette : _____

Télécopieur : _____ Courriel : _____

EXPÉRIENCE ACADÉMIQUE

Nom de l'institution scolaire : _____

Programme académique _____ Nombre d'heure : _____

Quelle sont les raisons motivant votre inscription à la CPMDQ? _____

Comment avez-vous découvert l'existence de la CPMDQ? _____

- J'aimerais recevoir plus de détails sur le régime d'assurance responsabilité professionnel de la CPMDQ.
- J'aimerais recevoir plus de détails sur les gammes de produits PHYTOTECH et AROBEC.
- J'aimerais recevoir plus de détails sur le coût et le service de la conception d'une page WEB.

Planifiez-vous référer votre clientèle à vos confrères ou consœurs de la CPMDQ pour autres soins parallèles à vos traitements? oui non

Effectuez-vous des traitements au domicile de votre clientèle? oui non

Avez-vous déjà été déclaré coupable d'une infraction criminelle? oui non

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? oui non

Si oui, spécifiez les raisons ainsi que l'année de la radiation ou la suspension : _____



VOUS DÉSIREZ DEVENIR MEMBRE AU TITRE DE :

- MASSOTHÉRAPEUTE (inscrivez les techniques) _____
- PSYCHOTHÉRAPEUTE (inscrivez l'approche) _____
- NATUROPATHE NATUROTHÉRAPEUTE KINÉSITHÉRAPEUTE
- HOMÉOPATHE OSTÉOPATHE/ ÉTIOPATHE ACUPUNCTEUR
- THÉRAPEUTE DU SPORT KINÉSIOLOGUE CHIROPATICIEN
- THÉRAPEUTE EN MÉDECINE SPORTIVE

VEUILLEZ COCHER VOS TECHNIQUES OU VOS SPÉCIALITÉS

- ACCUPRESSION/ DIGITOPUNCTURE RÉFLEXOLOGIE
- FLEUR DE BACH AROMATHÉRAPIE THALASSOTHÉRAPIE
- NUTRITION VITAMINOTHÉRAPIE OLIGOTHÉRAPIE
- IRIDOLOGIE INTÉGRATION POSTURAL COND. PHYSIQUE
- REIKI/TECH. ENÉGETIQUE AUTRE: _____

VEUILLEZ COCHER VOTRE RÉGION D'AFFAIRE :

- ABITIBI/TEMISCAMIGUE BAS ST-LAURENT CHAUDIÈRE/APPALACHE
- CÔTE NORD ESTRIE LANAUDIÈRE
- LAURENTIDES LAVAL MAURICIE/BOIS FRANC
- MONTÉRIGIE / RIVE SUD MONTRÉAL (Ahuntsic) MONTRÉAL (Anjou)
- MONTRÉAL (Centre-sud) MONTRÉAL (Centre-ville) MONTRÉAL (Est de Mtl)
- MONTRÉAL(Hochelaga/Maison.) MONTRÉAL (Lasalle) MONTRÉAL (Mercier)
- MONTRÉAL (Nord) MONTRÉAL (N.D.G.) MONTRÉAL (Outremont)
- MONTRÉAL (Plateau Mt. Royal) MONTRÉAL (R.D.P.) MONTRÉAL (Rosem./St-Michel)
- MONTRÉAL (St. Laurent) MONTRÉAL (Snowdon/C.D.N.) MONTRÉAL (Sud-Ouest)
- MONTRÉAL (Verdun/I.D.S.) MONTRÉAL (Villeray/Pte Patrie) MONTRÉAL (West-Island)
- MONTRÉAL(Westmount) NORD DU QUÉBEC NOUVEAU BRUNSWICK
- ONTARIO OUTAOUAIS VILLE DE QUÉBEC
- RIVE-NORD SAGUENAY/LAC ST-JEAN AUTRE: _____

MODALITÉ DE PAIEMENT - \$300 ANNUELLEMENT (NON-REMBOURSABLE)

- VISA MASTERCARD CHÈQUE À L'ORDRE DE LA CPMDQ

NUMÉRO DE LA CARTE : _____ EXP. _____

VEUILLEZ INDIQUER LES TROIS DERNIERS CHIFFRES SUR LA BANDE DE SIGNATURE À L'ENDOS DE VOTRE CARTE _____

SIGNATURE POUR LE PAIEMENT PAR CARTE DE CRÉDIT : _____

- ANNEXE II (entente conditionnelle entre le membre et la CPMDQ)

SIGNATURE DE L'ADHÉRANT(E): _____



AFFIRMATION SOLENNELLE/ASSERMENTATION

Je, soussigné, _____, affirme solennellement que je suis le/la requérant(e) et que les renseignements que j'ai fournis dans la présente demande d'inscription sont exactes et véridiques.

Je, soussigné, _____, affirme solennellement que les diplômes, certificats, attestations, documents et informations verbales ou écrites fournis à la CPMDQ pour mon inscription sont exacts et véridiques.

En tout temps, j'autorise la CPMDQ à faire vérification sur mon dossier académique, juridique et sur ma demande d'inscription. Je comprends et je consens à respecter mon engagement envers les règlements du document intitulé « ANNEXE I » que j'ai volontairement signé lors de mon inscription..

Je, soussigné, _____, affirme solennellement avoir reçu et comprendre le contenu du code de déontologie des membres de la CPMDQ et je m'engage sous serment à respecter les règlements de ce code (ISBN 2-980-3960-0-1). Je m'engage à respecter les décisions, les règlements adoptés par le conseil de la CPMDQ. Je m'engage à respecter en tout temps les décisions prises par l'administration ou par la direction de la Corporation des Praticiens en Médecine Douce du Québec.

Et j'ai signé,

À _____

ce _____ jour du mois de _____ 20_____.

Déclaré sous serment devant moi,

à _____

ce _____ jour du mois de _____ 20_____.

_____ # _____

Commissaire à l'assermentation

Prénom et nom du commissaire en lettre moulée : _____

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Tous les districts judiciaires du Québec | <input type="checkbox"/> Tous les districts judiciaires du Canada |
| <input type="checkbox"/> Tous le Canada et tous les pays | <input type="checkbox"/> Maire, greffier ou secrétaire-trésorier d'une municipalité |
| <input type="checkbox"/> Juge de paix | <input type="checkbox"/> Avocat <input type="checkbox"/> Notaire |

ANNEXE I (CPMDQ)

Je, soussigné, _____, reconnait que les documents ou « certificat(s) d'appartenance, déclarations du praticien traitant » qui me sont remis lors de mon inscription, sont la propriété de la CPMDQ. 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 la CPMDQ.

Renseignements personnels

Vous nous avez donné des informations relatives à votre dossier personnel. Ainsi, nous considérons que vous consentez à ce que nous consignions dans un dossier tous les renseignements que vous nous avez transmis ou nous transmettez, verbalement ou par écrit. Suite à l'entrée en vigueur de la (loi 68), et à moins d'avis contraire de votre part, nous considérons que vous autorisez la CPMDQ à transmettre au grand public ou au demandeur, les informations relatives à votre dossier, soit lorsque vous êtes membre et pour une période de cinq ans après l'annulation de votre statut de membre.

Consentement

À partir de maintenant, je consens, d'une façon libre et manifeste, à ce que : La CPMDQ consigne dans un dossier tous les renseignements que je lui transmettrai, d'une façon écrite, orale, informatisée ou autres.

Et j'ai signé, _____

à _____

Ce _____ jour du mois de _____ 20_____.

À L'EMPLOI DU BUREAU

Évalué par _____ P4 Catégorie _____ Vérifié _____ Date _____ Attestation no. _____ Expédié _____	Évalué par _____ P5 Catégorie _____ Vérifié _____ Date _____ Attestation no. _____ Expédié _____
--	--



ANNEXE II CPMDQ

Je, soussigné, _____, affirme solennellement comprendre
(prénom et nom du membre)
que je serais accrédité(e) en tant que membre au titre de _____ à la
(profession)
Corporation des Praticiens en Médecines Douces du Québec (CPMDQ) à la seule condition que je termine ma
formation du programme de _____ pour l'équivalence de _____
heures au _____.
(nom de l'institution d'enseignement)

Advenant, que je ne termine pas cette formation pour quelles que soient les raisons, je m'engage
obligatoirement dans les (10) dix jours de l'annulation à retourner au siège social le/les certificat(s), la carte de
membre, tablette(s) de reçus ou toutes autres documentations demandées par la direction de la Corporation.

Et j'ai signé,

À _____

ce _____ jour du mois de _____ 20_____.

Déclaré sous serment devant moi,

à _____

ce _____ jour du mois de _____ 20_____.

_____ # _____

Commissaire à l'assermentation

Prénom et nom du commissaire en lettre moulées : _____

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Tous les districts judiciaires du Québec | <input type="checkbox"/> Tous les districts judiciaires du Canada |
| <input type="checkbox"/> Tous le Canada et tous les pays | <input type="checkbox"/> Maire, greffier ou secrétaire-trésorier d'une municipalité |
| <input type="checkbox"/> Juge de paix | <input type="checkbox"/> Avocat <input type="checkbox"/> Notaire |