



Formulaire d'adhésion

RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Nom de famille: _____ Prénom: _____

Adresse: _____ Ville: _____

Province: _____ Code postal: _____

Date de naissance: _____ # ass. sociale: _____

F

M

Langue(s) d'usage : _____

Adresse d'affaires 1 : _____

Adresse d'affaires 2 : _____

Travaillez-vous de votre résidence : Oui ___ Non ___

tél. affaires: (____): _____ # résidence: (____) _____

tél. cellulaire (____): _____ Même que affaires ? Oui ___ Non ___

fax.: (____) _____ E-mail: _____

Site internet : _____

Veillez inclure avec votre demande une photocopie d'une carte d'identité avec photo.

Pour quelles raisons désirez-vous adhérer à l'ACAM ?



association can-américain des massothérapeutes

Écoles	Cours complétés	Heures	Dates

Nom de la personne qui vous parraine _____
(Cette personne peut vous avoir enseigné ou cette personne peut vous avoir fait connaître ACAM)

Suivez-vous des cours actuellement? Oui _____ Non _____

Si oui, lesquels et dans quel établissement de formation ?

Êtes-vous membre d'une autre association ou regroupement? Oui _____ Non _____

Si oui, le nom des regroupements et votre numéro de membre :

_____ # _____
_____ # _____

Avez-vous déjà été membre d'un autre regroupement ? Oui _____ Non _____

Si oui, le(s)quel(s) : _____ De : _____ à _____

Travaillez-vous avec les enfants? Oui _____ Non _____

Faites-vous des visites à domicile? Oui _____ Non _____

Donnez-vous des cours? Oui _____ Non _____



association can-américain des massothérapeutes

SVP énumérer vos spécialités : _____

Donnez-vous des conférences : Oui ____ Non ____

Si oui, sur quel sujet ?

Nom de la personne qui vous parraine _____
(Cette personne peut vous avoir enseigné ou cette personne peut vous avoir fait connaître ACAM)

Assurance responsabilité professionnelle

L'assurance responsabilité professionnelle n'est pas obligatoire quoique nous vous encourageons fortement à souscrire à un tel plan.

Si vous désirez obtenir une telle protection, n'hésitez pas à communiquer avec l'un des représentants chez notre courtier Lexor au 1-888-353-4119 suite à l'acceptation de votre demande, vous pourrez ainsi profiter des avantages liés au plan de protection pour ACAM. www.lexor.biz.

SVP inclure une preuve d'assurance à votre dossier si vous possédez déjà une telle protection.

Avant d'envoyer votre demande :

Assurez-vous de joindre à votre formulaire, des photocopies de :

- Vos diplômes, certificats, attestations
- Photocopie de carte d'identité avec photo
- Permis de travail
- Tout autre renseignement susceptible d'aider à l'étude de votre dossier
- Preuve d'assurance responsabilité professionnelle s'il y a lieu
- Il n'y a aucun frais d'étude de dossier, mais un paiement est exigé lorsque vous nous faites parvenir votre dossier. Vous pouvez payer par carte de crédit en vous rendant sur notre site Web au www.massotherapeutes.com/services-aux-membres/ ou veuillez inclure un chèque émis à l'ordre de ACAM. Si votre candidature n'est pas retenue, nous vous retournerons la totalité de votre paiement sur votre carte ou nous vous retournerons un chèque.
- Un examen d'entrée peut être exigé selon le dossier soumis.
- Un délai de 15 jours est habituellement nécessaire pour l'étude du dossier. Si vous avez des ajouts à faire à votre dossier, n'hésitez pas à communiquer avec nous par téléphone ou par courriel à gestion@massotherapeutes.com.

A C A M

9623, rue Lajeunesse, Montréal QC H3L 2C7 – 514.925.3340 – info@massotherapeutes.com



association can-américain des massothérapeutes

DEMANDE OFFICIELLE

Je désire m'enregistrer comme membre et je m'engage à respecter le code de déontologie. Je joins un chèque de 212,70\$ (185\$ + taxes) fait à l'ordre de l'**Association can-américain des massothérapeutes (ACAM)**, pour un an de membership.

Au cours des cinq (10) dernières années, je déclare n'avoir pas fait l'objet de réclamations de mes services professionnels ou n'être au courant de circonstances pouvant entraîner une réclamation à l'égard de mes services professionnels.

J'ai complété le présent formulaire de bonne foi et je certifie la véracité des renseignements fournis. Je comprends que toute déclaration inexacte ou omission pourrait être sanctionnée par l'annulation de mon acceptation au sein de l'Association can-américain des massothérapeutes. J'ai lu, j'ai compris et j'accepte le code de déontologie l'Association can-américain des massothérapeutes.

Date: _____ Signature: _____

Dispositions relatives à la loi sur la protection des renseignements personnels et les documents électroniques (LPRDE)

Vous nous avez donné des informations relatives à votre dossier personnel. À moins d'avis contraire de votre part, nous considérons que vous consentez ainsi à ce que nous consignions dans un dossier tous les renseignements que vous nous avez transmis et nous transmettez, verbalement, par écrit ou de façon électronique. Également, à moins d'avis contraire de votre part par lettre enregistrée, nous considérons que votre consentement sera valide pour une période de 5 ans.

Consentement

Je consens, d'une façon libre et manifeste, à ce que l'Association can-américain des massothérapeutes consigne dans un dossier tous les renseignements que je lui transmettrai, d'une façon écrite, orale, informatisée ou autre, à partir de maintenant.

Date: _____ Signature: _____