



Association
Nationale des
Massothérapeutes

National
Association of
Massotherapists

FORMULAIRE DE DEMANDE D'ACCREDITATION

Nom de l'établissement de formation

L'établissement est-il détenteur d'un permis pour fins d'impôt ? _____

Date d'ouverture de l'établissement : _____

Adresse du site internet : _____

Page Facebook : _____

Noms et adresses de administrateurs

Prénom, nom

Prénom, nom

Autres accréditations

Veuillez indiquer les autres organismes qui accréditent ou reconnaissent vos formations :



Association
Nationale des
Massothérapeutes

National
Association of
Massotherapists

Renseignements physiques ou virtuels sur les cours donnés

Adresse de correspondance de l'établissement d'enseignement

Téléphone _____

Courriel(s) _____

Locaux de classe _____ Classe virtuelle _____

Veillez indiquer les différentes adresses des formations si celles-ci diffèrent de l'adresse de l'établissement de formation. Veuillez inclure une autre feuille si vous avez plus de locaux.

Adresse 1 – Si l'adresse est virtuelle, merci de nous l'indiquer.

Près de quel métro ? _____ Stationnement Oui ___ Non ___

Adresse 2

Près de quel métro ? _____ Stationnement Oui ___ Non ___

Personne ressource (pour obtenir plan de cours, coûts, infos, etc.) :

Téléphone _____

Courriel(s) _____

Langue des cours offerts

Français : _____

Anglais : _____

Autre, svp spécifier : _____



Association
Nationale des
Massothérapeutes

National
Association of
Massotherapists

Liste du (des) cours et/ou diplômes offerts

_____ heures
Nom du cours _____ **Durée**

Prérequis nécessaire? _____ Si oui, le(s)quel(s)? _____

_____ heures
Nom du cours _____ **Durée**

Prérequis nécessaire? _____ Si oui, le(s)quel(s)? _____

_____ heures
Nom du cours _____ **Durée**

Prérequis nécessaire? _____ Si oui, le(s)quel(s)? _____

_____ heures
Nom du cours _____ **Durée**

Prérequis nécessaire? _____ Si oui, le(s)quel(s)? _____

_____ heures
Nom du cours _____ **Durée**

Prérequis nécessaire? _____ Si oui, le(s)quel(s)? _____

Un.e élève finissant.e de votre établissement recevra un ou des documents intitulés :

(svp joindre documentation, spécimen du diplôme, certificat ou attestation) avec votre demande d'accréditation :

Le nombre d'étudiants composant une classe : De _____ à _____



Association
Nationale des
Massothérapeutes

National
Association of
Massotherapists

À joindre à votre demande

Vous devez joindre à votre demande dûment remplie les documents suivants :

- Synopsis du cours
- Curriculum vitae
- Copies des certificats, diplômes et attestations de TOUT le personnel enseignant ainsi que des photocopies de leurs cartes d'identité avec photo.
- Publicité, carte d'affaires, liens virtuels
- Autre documentation nécessaire et utile à cette étude.

Nous vous encourageons à joindre à cette demande des compléments d'information si vous le jugez nécessaire. Veuillez noter que lorsque vous avez des ajouts, de nouvelles formations, svp nous en aviser afin que nous les incluions à votre dossier afin de bien répondre aux demandes des intéressés.

Grand merci de la confiance que vous nous témoignez et longue vie à votre implication à l'enseignement de techniques qui aident les gens et leur mieux-être.

DÉCLARATION SOLENNELLE (svp répondre à toutes les questions)

Une action civile et/ou judiciaire a-t-elle déjà été intentée contre vous ?

Oui _____ Non _____

Une plainte professionnelle et/ou une poursuite a-t-elle déjà été déposée contre vous ? **Oui** _____ **Non** _____
Des accusations criminelles ont-elles déjà été portées contre vous?

Oui _____ Non _____

Avez-vous déjà été expulsé et/ou suspendu d'un organisme ou d'une association ? **Oui** _____ **Non** _____

Je déclare solennellement que les déclarations ci-dessus sont vraies et m'engage à informer l'ANM de toutes modifications relatives à ces réponses après la signature de cette déclaration dans les 10 jours suivant la ou les modifications, sous peine de résiliation/radiation immédiate de ma demande, fût-elle temporaire ou permanente, la décision étant laissée à la discrétion de l'ANM.

Le soussigné certifie que les renseignements fournis dans cette demande sont véridiques et déclare n'avoir rien omis, ni transmis des informations inexacts ou omis aucun fait important. Je comprends que des déclarations incorrectes ou des omissions peuvent annuler ma demande à l'ANM.

Je déclare par la présente avoir lu le code de déontologie officiel de l'ANM et j'accepte de me conformer au contenu de tous les règlements. Je comprends qu'en cas de non-respect, je m'exposerai à des sanctions et/ou des radiations et/ou des amendes disciplinaires.

Oui _____ Non _____



Association
Nationale des
Massothérapeutes

National
Association of
Massotherapists

Votre signature certifie que tous les renseignements que vous nous avez transmis sont véridiques et que les enseignements donnés pendant vos formations respectent en tous points le projet de loi 21 et la Loi médicale régissant le domaine des soins complémentaires au Québec.

Date: _____ Signature: _____

Courriel: _____ Signé à : _____

Dispositions relatives à la Loi sur la protection des renseignements personnels dans le secteur privé

Vous nous avez donné des informations concernant votre dossier privé et sauf sur instruction contraire de votre part, nous considérerons que vous consentez à ce que nous conservions dans un fichier, toutes les informations que vous nous avez déjà fournies ou pourriez nous fournir, oralement, par écrit, virtuellement, de façon informatique, etc. Nous considérerons également, sauf sur instruction contraire de votre part par courrier recommandé ou courriel, que votre consentement est valable pour une durée de cinq ans.

Consentement

Je consens librement à la Loi, et à ce que l'ANM rassemble désormais dans un fichier, toutes les informations

Date: _____ Signature: _____

Courriel: _____ Signé à : _____

Svp signer et envoyer cette demande en prenant soin d'inclure tous les documents nécessaires à son étude par courrier ou à l'adresse courriel ci-dessous.