



DEMANDE D'ADHÉSION

INFORMATION PERSONNELLE

Nom: _____ Prénom: _____

Adresse de résidence: _____ Ville: _____

Province: _____ Code postal: _____

Date de naissance: ____/____/____

F M Langue(s) d'usage _____

Adresse d'affaires 1: _____

Adresse d'affaires 2: _____

Travaillez-vous de votre résidence? Oui ____ Non ____

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

Courriel: _____ Page Facebook: _____

Site internet: _____ Twitter: _____

Instagram: _____ LinkedIn: _____

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



FORMATION ACADÉMIQUE

Écoles(s)	Cours complété(s)	Heures	Dates

Suivez-vous des cours actuellement? Oui _____ Non _____

Si oui, lesquels et dans quel établissement de formation?

Êtes-vous membre d'une association, d'un regroupement ou d'un ordre professionnel? Oui _____ Non _____

Avez-vous déjà été membre d'une association, d'un regroupement ou d'un ordre professionnel? Oui _____ Non _____

Si oui, le nom des organismes, votre numéro de membre et date(s) d'expiration et les raisons pour lesquelles vous n'êtes plus membre de ces groupes s'il y a lieu :

_____ # _____ Exp. ____/____/____

Raison du départ : _____

_____ # _____ Exp. ____/____/____

Raison du départ : _____

Travaillez-vous avec les enfants? Oui _____ Non _____

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

Donnez-vous des cours ou des formations? Oui _____ Non _____

SVP énumérer vos spécialités (personnes âgées, personnes handicapées, langage des signes, etc.)?



Donnez-vous des conférences?

Oui _____ Non _____

Si oui, sur quels sujets?

Nom de la personne ou l'école qui vous réfère _____

(Peut être un.e enseignant.e ou une personne vous référant à l'ANM)

Assurance responsabilité professionnelle "Erreurs et omissions"

Dès votre acceptation en tant que membre ANM, vous recevrez votre numéro de membre. Vous pourrez ensuite contacter notre courtier d'assurance Essor au 1-877-883-7767 # 81040 ou écrire à medecinealternative@essor.ca pour vos besoins d'assurance. Vous pouvez également obtenir une couverture en ligne ici: <https://medecinealternativeessor.ca/form/acam>. Une assurance responsabilité professionnelle est essentielle.

Renseignez-vous auprès d'Essor à propos des rabais sur les assurances habitation et automobile, vous pourriez en bénéficier étant membre de l'ANM.

Veuillez inclure une copie de la preuve d'assurance professionnelle dans votre dossier si vous avez déjà une telle couverture.

Documents nécessaires à soumettre avec votre demande

- Diplômes
- Certificats, attestations
- Preuve d'identité avec photo (permis de conduire, passeport, visa de travail) - Relevés de notes
- Curriculum vitae
- Parcours académique (études professionnelles, CEGEP, université, etc.)
- Tout autre document faisant partie de votre parcours académique
- Preuve d'assurance responsabilité professionnelle (si vous possédez déjà cette couverture)

Veillez noter: soumettre un dossier incomplet retardera l'étude de votre dossier.



DEMANDE D'ADHÉSION OFFICIELLE

Je _____ (nom complet en lettres moulées) souhaite devenir membre en règle de l'ANM et m'engage à respecter le code de déontologie de l'ANM.

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 mon adhésion, fût-elle temporaire ou permanente, la décision étant laissée à la discrétion de la ANM.

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

J'ai effectué mon paiement de 258,69\$ (225\$ + tx) pour un (1) an d'abonnement avant d'envoyer ma demande par la poste ou à l'adresse courriel mentionnée plus bas. Je comprends qu'un délai approximatif de 15 jours ouvrables est nécessaire pour l'étude de mon dossier. Si ma demande est rejetée, des frais de 50\$ + taxes (57,49 \$) s'appliqueront et le remboursement du paiement pour ma demande sera ajusté en conséquence.

Date: _____ Signature: _____

Courriel: _____ Signé à : _____



Association
Nationale des
Massothérapeutes

National
Association of
Massotherapists

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 email, 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 que je lui transmettrai qu'elles soient écrites, orales, informatisées ou autres.

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.***

Le paiement doit avoir été effectué afin de procéder à l'étude du dossier.