



RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION / NO. LICENCE _____

FICHE D'INSCRIPTION

COMMISSION DES PRATICIENS EN MÉDECINE DOUCE DU QUÉBEC (CPMDQ)

ADRESSE POSTALE : 101 BOULEVARD CARDINAL-LÉGER, C.P. 51071, PINCOURT (QC) J7V 9T3

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 (90) 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 : ____/____/____

ADRESSE (rés.): _____ Apt.: _____

VILLE : _____ PROVINCE : _____ CODE POSTAL : _____

TÉLÉPHONE (rés.) : _____ CELL.: _____ COURRIEL: _____

RENSEIGNEMENTS D'AFFAIRES

ADRESSE (rés.): _____ Apt.: _____

VILLE : _____ PROVINCE : _____ CODE POSTAL : _____

TÉLÉPHONE: _____ CELL.: _____ TÉLÉCOPIEUR: _____

INDIQUEZ LA RÉGION OU EST SITUÉ VOTRE BUREAU: _____

TRANSPORT EN COMMUN OUI NON (INDIQUEZ LE MÉTRO LE PLUS PRÈS DE VOTRE BUREAU) : _____

EXPÉRIENCES ACADÉMIQUES

(CURRICULUM VITAE À L'ANNEXE) (COPIE DU DIPLÔME, ATTESTATION À L'ANNEXE)

NOM DE L'INSTITUTION SCOLAIRE : _____

PROGRAMME ACADÉMIQUE _____ NOMBRE D'HEURE : _____

VEUILLEZ RÉPONDRE AUX QUESTIONS SUIVANTES :

QUELLE SONT LES RAISONS MOTIVANT VOTRE INSCRIPTION À LA CPMDQ ? _____

COMMENT AVEZ-VOUS DÉCOUVERT L'EXISTENCE DE LA CPMDQ ? LETTRE REÇU PAR INTERNET UN MEMBRE, THÉRAPEUTE, CENTRE (SPÉCIFIEZ) : _____

PLANIFIEZ-VOUS RÉFÉRER VOTRE CLIENTÈLE À VOS CONFRÈRES, CONSOEURS DE LA CPMDQ POUR AUTRES SOINS PARALLÈLES À VOS TRAITEMENTS? OUI NON (SI VOTRE RÉPONSE EST NON, SPÉCIFIEZ LE POURQUOI: _____

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 la nature et l'année de la radiation) _____

Avez-vous été diplômé à l'extérieur du Canada, si oui de quel pays : _____



RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION / NO. LICENCE _____

FICHE D'INSCRIPTION

COMMISSION DES PRATICIENS EN MÉDECINE DOUCE DU QUÉBEC (CPMDQ)

ADRESSE POSTALE : 101 BOULEVARD CARDINAL-LÉGER, C.P. 51071, PINCOURT (QC) J7V 9T3

VOUS DÉSIREZ DEVENIR MEMBRE À TITRE DE :

MASSOTHÉRAPEUTE ORTHOTHÉRAPEUTE (cochez vos techniques)

Suédois sportif drainage lymphatique trager accupression tuy-na myo-faciaux orthothérapie

AUTRE (SPÉCIFIEZ) : _____

KINÉSITHÉRAPEUTE

OSTÉOPATHE (D.O.)

THÉRAPEUTE DU SPORT

CHIROPATICIEN # licence à l'OCQ : _____

THÉRAPEUTE EN MÉDECINE SPORTIVE

KINÉSIOLOGUE

PSYCHOTHÉRAPEUTE (inscrivez votre approche et vos techniques) _____

HYPNOTHÉRAPEUTE (inscrivez votre approche et vos techniques) _____

NATUROPATHE (N.D) NATUROPATHE (n.d) NATUROTHÉRAPEUTE HOMÉOPATHE

ACUPUNCTEUR (# licence à l'OAQ) _____

DOCTEUR EN MÉDECINE TRADITIONNELLE CHINOISE PRATICIEN EN MÉDECINE TRADITIONNELLE CHINOISE

AUTRES (SPÉCIFIEZ) : _____

ANNEXE II (obligatoire pour les étudiants seulement. Si vous n'êtes pas étudiant veuillez ignorer l'annexe II)

Je, soussigné, _____, affirme solennellement comprendre que je serais accrédité(e) en tant que membre au titre de _____ à la 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.

MODALITÉ DE PAIEMENT (coût de la cotisation annuelle \$300 non-remboursable)

VISA MASTERCARD CHÈQUE À L'ORDRE DE LA CPMDQ ESPÈCE

NOM INSCRIT SUR LA CARTE DE CRÉDIT : _____

NUMÉRO DE LA CARTE _____ EXP. _____ / _____

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

SIGNATURE DE LA PERSONNE AUTORISÉE POUR LE DÉBIT PAR CARTE DE CRÉDIT : X _____

SIGNATURE DE L'ADHÉRANT : X _____ DATE: _____



RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION / NO. LICENCE _____

FICHE D'INSCRIPTION
COMMISSION DES PRATICIENS EN MÉDECINE DOUCE DU QUÉBEC (CPMDQ)
ADRESSE POSTALE : 101 BOULEVARD CARDINAL-LÉGER, C.P. 51071, PINCOURT (QC) J7V 9T3

POUR L'INSCRIPTION À NOS BUREAUX, NOUS AVONS À VOTRE DISPONIBILITÉ UN COMMISSAIRE À L'ASSERMENTATION QUI POURRA GRATUITEMENT AUTHENTIFIER VOTRE DEMANDE.

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.

ANNEXE I

Je, soussigné, _____, reconnaît 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 de la CPMDQ, 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 que vous 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, soussigné 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, X _____

À _____ ce _____ jour du mois de, d' _____ de l'année 20 _____.

DÉCLARÉ SOUS SERMENT DEVANT MOI,

À _____ ce _____ jour du mois de, d' _____ de l'année 20 _____.

X _____ # _____

Signature et numéro du commissaire à l'assermentation

Prénom et nom du commissaire en lettre moulée : _____

Tous les districts judiciaires du Québec Tous les districts judiciaires du Canada Juge de paix Avocat Notaire
 Tous le Canada et tous les pays Maire, greffier ou secrétaire-trésorier d'une municipalité