

# Formulaire de réadhésion



Nous sommes ravis d'apprendre que vous désirez réadhérer à l'AMQ®. En tant que massothérapeute professionnel, vous méritez bien un retour en toute simplicité.

À cet effet, nous vous invitons à compléter ce document à la main en lettres moulées ou à l'ordinateur tout en l'accompagnant :

- D'une photo de votre carte d'assurance maladie ou de votre permis de conduire;
- D'une photo de vous sur fond blanc;
- De votre curriculum vitae mis à jour;
- De toute autre preuve de formations/études reliées ou non à la massothérapie (attestation, relevé de notes, diplôme, etc.) obtenues depuis la fin de votre adhésion afin que l'on vous crédite des heures, voire même des cours complets.

Le tout doit être envoyé par courriel à [info@amquebec.qc.ca](mailto:info@amquebec.qc.ca). À la suite de quoi nous vous contacterons par téléphone dans les plus brefs délais pour finaliser votre demande de réadhésion.

## 1. INFORMATIONS PERSONNELLES

Prénom :	<input type="text"/>
Nom :	<input type="text"/>
N° de membre :	<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Courriel :	<input type="text"/>
Adresse domicile :	<input type="text"/>
Adresse travail :	<input type="text"/>
Adresse travail :	<input type="text"/>
Adresse travail :	<input type="text"/>
Téléphone domicile :	<input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Poste : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Téléphone affaires :	<input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Poste : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Téléphone autre :	<input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Poste : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

# Formulaire de réadhésion



## 2. QUESTIONNAIRE

1. Désirez-vous être référé sur le site de l'AMQ® en tant que massothérapeute?

Oui  Non

2. Êtes-vous ou avez-vous déjà été membre d'un autre regroupement professionnel?

Non  
 Oui : veuillez inscrire le nom.


3. Vous a-t-on déjà refusé le statut de membre auprès d'un autre regroupement professionnel?

Non  
 Oui : veuillez expliquer pourquoi.


4. Avez-vous déjà fait l'objet de mesures disciplinaires auprès d'un autre regroupement professionnel?

Non  
 Oui : veuillez expliquer pourquoi.


5. Faites-vous présentement l'objet d'une enquête ou de poursuites qui pourraient vous empêcher de pratiquer la massothérapie?

Oui  Non

6. Avez-vous déjà été reconnu coupable, par un tribunal provincial ou fédéral, d'une infraction qui pourrait vous empêcher de pratiquer la massothérapie?

Oui  Non

# Formulaire de réadhésion



## 3. ENGAGEMENT

7. En cochant la case « oui » ci-dessous, je déclare que les renseignements fournis dans ce formulaire d'adhésion sont exacts et ont pour objet d'établir mon éligibilité pour l'admission à l'AMQ®. Je reconnais que toute fausse déclaration peut être cause de refus d'admission. Je comprends que ces renseignements demeurent confidentiels.

Oui  Non

J  J /  M  M /  A  A  A  A

\_\_\_\_\_  
Signature

8. Afin de garder un contact régulier avec nos membres et d'éviter le gaspillage de papier ainsi que tout retard de courrier, nous vous ferons parvenir toute correspondance (renouvellement de la cotisation, avis, amendements, etc.) par courrier électronique.

En cochant la case « oui » ci-dessous, je m'engage à lire toute correspondance de l'AMQ® et à respecter tout avis, tout amendement, toute modification ou autres.

Oui  Non

J  J /  M  M /  A  A  A  A

\_\_\_\_\_  
Signature

9. En accédant au site de l'AMQ® et/ou en utilisant ses systèmes et/ou ses services, je reconnais avoir lu et compris sa politique de confidentialité et je consens à ce que mes informations personnelles soient traitées en conformité avec cette dernière.

De plus, je m'engage en cochant la case ci-dessous à respecter toute modification ou tout amendement fait à la politique de confidentialité.

Oui  Non

J  J /  M  M /  A  A  A  A

\_\_\_\_\_  
Signature

10. Après avoir pris connaissance du Code de Déontologie ainsi que du Livre des Règlements Généraux de l'AMQ®, je soussigné m'engage à demeurer fidèle au mandat de l'Association des Massothérapeutes du Québec. Je reconnais ainsi que tout manquement peut être sanctionné selon les dispositions de l'AMQ®.

De plus, je m'engage en cochant la case ci-dessous à respecter toute modification ou tout amendement fait aux documents ci-haut mentionnés.

Oui  Non

J  J /  M  M /  A  A  A  A

\_\_\_\_\_  
Signature