



RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION / NO. LICENCE \_\_\_\_\_

## FICHE D'INSCRIPTION

ÉCOLE DE MÉDECINES DOUCES ET ALTERNATIVES DU CANADA

ADRESS POSTALE: 4810 Jean Talon O Suite 214b , Montréal, Québec, Canada

H4P 2N5 514-315-8489

Pour être considérée, toute demande d'inscription doit être accompagnée de votre curriculum Il est important de nous faire parvenir votre demande au plus tôt et d'y joindre les pièces suivantes :

- Photocopies des diplômes pertinents. • **Un chèque fait à l'ordre de EMDAC** pour couvrir les frais d'inscription annuelle de 344.93 \$ renouvelable annuellement le 1 avril et de 14.00 \$ par livret de 50 copies.

### 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 (rés.): \_\_\_\_\_ 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: \_\_\_\_\_



RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION / NO. LICENCE \_\_\_\_\_

**FICHE D'INSCRIPTION**

**ÉCOLE DE MÉDECINES DOUCES ET ALTERNATIVES DU CANADA**

**ADRESS POSTALE:** 4810 Jean Talon O Suite 214b , Montréal, Québec, Canada

**H4P 2N5 514-315-8489**

**VEUILLEZ RÉPONDRE AUX QUESTIONS SUIVANTES:**

QUELLE SONT LES RAISONS MOTIVANT VOTRE INSCRIPTION À EMDAC?

---

COMMENT AVEZ-VOUS DÉCOUVERT L'EXISTENCE DE LA EMDAC ?

LETTRE REÇU PAR INTERNET  UN MEMBRE, THÉRAPEUTE, CENTRE (SPÉCIFIEZ) :

---

PLANIFIEZ-VOUS RÉFÉRER VOTRE CLIENTÈLE À VOS CONFRÈRES, CONSOEURS À EMDAC 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 :

---

**VOUS DÉSOIREZ DEVENIR MEMBRE À TITRE DE:**

MASSOTHÉRAPEUTE

KINÉSITHÉRAPEUTE

OSTÉOPATHE (D.O.)

THÉRAPEUTE DU SPORT

CHIROPATICIEN # licence à l'OCQ : \_\_\_\_\_

THÉRAPEUTE EN MÉDECINE SPORTIVE

KINÉSIOLOGUE



RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION / NO. LICENCE \_\_\_\_\_

**FICHE D'INSCRIPTION**

**ÉCOLE DE MEDECINES DOUCES ET ALTERNATIVES DU CANADA**

**ADRESS POSTALE:** 4810 Jean Talon O Suite 214b , Montréal, Québec, Canada  
H4P 2N5 514-315-8489

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) :

---

**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, que les diplômes, certificats, attestations, documents et informations verbales ou écrites fournis à l'EMDAC pour mon inscription sont exacts et véridiques et avoir reçu et compris le contenu du code de déontologie des membres de l'EMDAC et je m'engage sous serment à respecter en tout temps les décisions présent par l'administration ou par la direction de l'École de Médecine Douces et Alternative du Canada (EMDAC).

**ANNEXE I**

Je, soussigné, \_\_\_\_\_, reconnaît que les documents ou « certificat(s) d'appartenance, qui me sont remis lors de mon inscription sont la propriété de l'EMDAC. 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), ou toutes autres documentations.

**ET J'AI SIGNÉ, X** \_\_\_\_\_

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



RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION / NO. LICENCE \_\_\_\_\_

**FICHE D'INSCRIPTION**

**ÉCOLE DE MEDECINES DOUCES ET ALTERNATIVES DU CANADA**

**ADRESS POSTALE:** 4810 Jean Talon O Suite 214b , Montréal, Québec, Canada

**H4P 2N5 514-315-8489**