



APPLICATION D'UN NOUVEAU MEMBRE

Information Personnelle

Prénom: _____ Nom: _____ Initial: _____
courriel personnel: _____
Date de naissance: _____ Genre: M F
Téléphone maison: (_____) _____ Cell: (_____) _____
Adresse: _____
Ville/Province: _____ Code Postal: _____

Formation

Complétez ce qui suit et fournissez la preuve de l'achèvement d'un programme de formation reconnu en ostéopathie. (et de votre autre profession de la santé)

Nom de l'institution: _____
Adresse: _____
Date de Graduation (JJ/MM/AAAA): _____ Nombre d'heures _____
Document attribué (veuillez joindre une copie):
 Certificat Diplôme Autre (précisez): _____
Autre Diplôme: Médecine Chiropratique Physiothérapie Autre _____

Information Professionnelle

Nom de votre entreprise: _____
Site Web: _____
Courriel: _____
Téléphone: (_____) _____
Adresse: _____
Ville/Province: _____ Postal Code: _____

Je, soussigné (e), déclare que les informations fournies et les déclarations faites dans la présente demande, ainsi que dans les documents joints, sont véridiques.

Signature: _____ Date: _____

Étapes pour devenir membre: <https://www.college-of-canadian-osteopaths.com/fr/devenir-membre/>

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Complétez ce formulaire | <input type="checkbox"/> Paiement |
| <input type="checkbox"/> Copie des diplômes et relevés de notes | <input type="checkbox"/> Complétez votre profil en ligne |
| <input type="checkbox"/> Copie d'une pièce d'identité avec photo émise par le gouvernement | <input type="checkbox"/> Complétez l'examen d'admission |

Remarque: les demandes incomplètes ne seront traitées que lorsque toutes les informations auront été soumises. Aucun remboursement ne sera remis pour l'annulation de l'adhésion pour une raison quelconque.