

Formulaire de mise en candidature

NOM : _____ # MEMBRE :

ADRESSE : _____

CODE POSTAL : _____ # TÉL. : (_____) _____

Depuis quand êtes-vous membre de la FQM ?

Quelles formations en massothérapie avez-vous complétées ?

Cochez auprès de qui vous souhaiteriez travailler :

Personnes vivant avec le cancer

Avez-vous déjà travaillé auprès de cette clientèle?

Oui, depuis _____ Non

Personnes vivant avec de la douleur chronique

Avez-vous déjà travaillé auprès de cette clientèle?

Oui, depuis _____ Non

Personnes vivant avec des problèmes de santé mentale

Avez-vous déjà travaillé auprès de cette clientèle?

Oui, depuis _____ Non

