

4428, boul.St-Laurent, bureau 400 Montréal (Québec) H2W 1Z5 T 514 597-0505 ou 1 800 363-9609 F 514 597-0141 administration@fqm.qc.ca www.fqm.qc.ca

OUVERTURE DE DOSSIER

Inscription à la FQM Renseignements personnels et strictement confidentiels

SIGNATURE		DATE				
nom de la Fe Seule la réce	: Pendant tout le processus d QM ni verbalement, ni par écr eption de ma carte de membre édération québécoise des mass	rit, et ce, s actif m'au	sous qu itorisera	ielque for	me de publicité que ce soit.	
Si oui, inscrive	ez son nom :					
Êtes-vous membre d'une autre association professionnelle ? Oui _ Non _						
formation, so renseignemer	e(e), déclare que les renseigneme ont exacts et complets, je dor nts fournis. Il est entendu que c e toute déclaration fausse ou trom	nne à la es renseig	Fédérat nements	ion la pe s demeure	ermission de vérifier tous les ent strictement confidentiels. Je	
Technique étudiée						
Nom de l'école en massothérapie						
	FORMATIO	ON EN MASS	SOTHÉR	APIE		
ÉCOLE, COLLÈGE OU UNIVERSITÉ		PROVINCE, PAYS AN		Année	DIPLÔME OU CRÉDITS	
	FORM	ATION ACAI	DÉMIQUE			
Code postal :			Courrie	el:		
Ville :		Télécopieur :				
Adresse :	Арр.		Tél. (trav.) :			
Prénom :				Tél. (rés.) :		
Nom:			Date de	e nais. :		

La Fédération se réserve le droit de refuser ou de radier tout candidat ou membre reçu si elle a des raisons sérieuses de croire que cette personne pourrait porter atteinte à la réputation de la profession ou de la Fédération.