



## OUVERTURE DE DOSSIER

### Inscription à la FQM

Renseignements personnels et strictement confidentiels

Nom : \_\_\_\_\_ Date de nais. : \_\_\_\_\_  
Prénom : \_\_\_\_\_ Tél. (rés.) : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_ App. \_\_\_\_\_ Tél. (trav.) : \_\_\_\_\_  
Ville : \_\_\_\_\_ Télécopieur : \_\_\_\_\_  
Code postal : \_\_\_\_\_ Courriel : \_\_\_\_\_

FORMATION ACADÉMIQUE			
ÉCOLE, COLLÈGE OU UNIVERSITÉ	PROVINCE, PAYS	ANNÉE	DIPLÔME OU CRÉDITS

  

FORMATION EN MASSOTHÉRAPIE	
Nom de l'école en massothérapie	
Technique étudiée	

Je, soussigné(e), déclare que les renseignements fournis sur ce formulaire, ainsi que ceux sur la fiche de formation, sont exacts et complets, je donne à la Fédération la permission de vérifier tous les renseignements fournis. Il est entendu que ces renseignements demeurent strictement confidentiels. Je reconnais que toute déclaration fausse ou trompeuse peut être la cause d'un refus d'admission.

Êtes-vous membre d'une autre association professionnelle ? Oui  Non

Si oui, inscrivez son nom : \_\_\_\_\_

**ATTENTION : Pendant tout le processus d'ouverture de dossier, je m'engage à ne pas utiliser le nom de la FQM ni verbalement, ni par écrit, et ce, sous quelque forme de publicité que ce soit. Seule la réception de ma carte de membre actif m'autorisera à m'associer en tant que membre en règle de la Fédération québécoise des massothérapeutes.**

\_\_\_\_\_  
**SIGNATURE DU CANDIDAT**

\_\_\_\_\_  
**DATE**

*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.*