



FORMULAIRE D'ADHÉSION

Membre # : _____
(Réservé à l'administration)

S.V.P. complétez en caractères d'imprimerie

1 Renseignements personnels

M. Mme Mlle Mx

Langue(s) d'usage : français anglais

PRÉNOM : _____

NOM : _____

Tél. résidence : _____

Date de naissance (aaaa/mm/jj) : _____

Tél. cellulaire : _____

Courriel : _____

Tél. travail : _____

Site web : _____

Avez-vous déjà été membre de l'Académie des naturopathes et naturothérapeutes du Canada? Oui Non

Quand désirez-vous débuter votre adhésion (spécifiez le mois) : _____

RÉSIDENCE (adresse de correspondance)

Ne pas afficher mon adresse de résidence sur le site Web

Adresse : _____

App. # : _____

Ville : _____

Province : _____

Code postal : _____

TRAVAIL (adresse affichée sur le site Web)

Identique à l'adresse de résidence

Nom de l'entreprise : _____

Adresse : _____

Bureau # : _____

Ville : _____

Province : _____

Code postal : _____

2 Décrire brièvement votre implication professionnelle ainsi que vos champs d'intérêts en médecine douce

3 Engagement

Si ma demande d'adhésion est approuvée, je m'engage à respecter le Code d'éthique et Règlements de l'Académie des naturopathes et naturothérapeutes du Canada dont je reconnais avoir pris connaissance sur leur site Web (www.acnn.ca). Je reconnais également que l'Académie des Naturopathes et Naturothérapeutes du Canada se réserve le droit d'amender en tout temps ces Règlements et qu'elle m'en avisera, le cas échéant.

Signature (*signature originale requise*)

Date



FORMULAIRE D'ADHÉSION (SUITE)

Membre # : _____
(Réservé à l'administration)

4 Informations additionnelles

- Êtes-vous membre d'un autre regroupement ou ordre professionnel ? Oui Non
Si oui précisez : _____
- Avez-vous souscrit à de l'assurance-responsabilité professionnelle ? Oui Non
Si oui, *veuillez inclure une preuve d'assurance.*
- Êtes-vous citoyen canadien ou résident permanent du Canada ? Oui Non
Si non précisez : _____
- Avez-vous fait l'objet d'un jugement d'un tribunal à l'effet que vous avez été condamné pour une ou des infraction(s) criminelle(s) au Canada ou ailleurs dans un autre pays ? Oui Non
Si oui, veuillez nous donner des explications : _____

- Êtes-vous présentement poursuivi pour une infraction criminelle au Canada ? Oui Non
Si oui précisez : _____

5 Nécessaire à l'étude de votre dossier

- Formulaire d'adhésion **dûment complété, signé et daté**;
- Certificats, attestations ou diplômes obtenus (photocopies ou photos);
- Preuve d'heures lorsque la durée de la formation n'est pas indiquée sur le diplôme.

Tous les documents peuvent être envoyés par courriel à info@acnn.ca ou par la poste à l'adresse indiquée sur l'entête du formulaire.

Instructions de paiement

(voir la liste des coûts d'adhésion au www.acnn.ca/fr/charte-des-tarifs/)

Par courriel : virement Interac (LES INSTRUCTIONS DE PAIEMENT VOUS SERONT ENVOYÉES DÈS RÉCEPTION DU FORMULAIRE ET DES DOCUMENTS);

Par la poste : chèque ou mandat-poste fait à l'ordre de l' A.C.N.N.

Votre demande sera traitée dans les dix (10) jours ouvrables suivants sa réception.

Si votre demande est acceptée, nous vous ferons parvenir une trousse de bienvenue incluant votre certificat de membre.

Dans le cas contraire, un frais d'études de dossier de 37 \$ sera prélevé de votre paiement et nous vous rembourserons la différence.

RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION



FORMULAIRE D'ADHÉSION (SUITE)

Membre # : _____
(Réservé à l'administration)

⑥ Formation académique (minimum requis : 400 heures de formation en médecine douce)

- Lister vos diplômes et certificats dans le tableau ci-dessous;
- Joindre une copie des diplômes et certificats;
- **LORSQUE LE NOMBRE D'HEURES N'EST PAS INDIQUÉ SUR UN DIPLÔME, inclure soit une lettre ou un courriel d'attestation de l'école, un relevé de notes indiquant le nombre d'heures de la formation ou les crédits, un plan de cours détaillant les heures de la formation.**

UTILISER LA PAGE 4 AU BESOIN

Nom de l'école	Titre du cours complété	Date	Heures de formation
Réservé à l'administration	SOUS-TOTAL		
	+ SOUS-TOTAL / PAGE 4		
	TOTAL		

Déclaration

Je, soussigné(e), _____, déclare que l'information susmentionnée
(nom en caractère d'imprimerie)
est complète et véridique.

Signature (original signature required)

Date

