

FORMULAIRE D'ADHÉSION 2020

IDENTIFICATION

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____

Numéro de permis de l'OIIAQ : _____

COORDONNÉE

Adresse : _____

Ville : _____ Code postal : _____

Téléphone : _____ Cellulaire : _____

Courriel : _____

FORMATION EN SOINS DES PIEDS

Nom de l'établissement où vous avez suivi votre formation : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Code postal : _____

Date de la formation : _____

Nombre d'heures de formation : _____ Nom du formateur : _____

AIASPQ

De quelle façon avez-vous entendu parler de l'AIASPQ ? _____

Quelles sont vos attentes concernant l'Association ? _____

De quel sujets aimeriez-vous être informés lors des journées de perfectionnement et/ou congrès?

Aimeriez-vous donner du temps à l'Association ? Si oui, précisez de quelle façon :

CONSENTEMENT REQUIS

SOUHAITEZ-VOUS ÊTRE INSCRIT(E) SUR LE
SITE WEB ET FACEBOOK ? OUI NON

**PAR LA PRÉSENTE, J’AFFIRME AVOIR LU ET COMPRIS TOUTES LES QUESTIONS.
JE CONFIRME, QUE TOUTES LES INFORMATIONS DONNÉES SONT VÉRIDIQUES.**

Signature : _____ **Date :** _____

NE PAS OUBLIER D'INCLURE

Un chèque de 75.00 \$ libellé au nom de l'AIASPQ ou dépôt direct. Non remboursable.

Une photocopie de votre attestation de formation en soins des pieds.

Une photocopie de votre permis de membre règle de 2020 de l'OIIAQ.

Votre carte d'affaire.

**Si vous désirez recevoir un livret de 50 reçus, veuillez ajouter un 10.00\$
au montant de l'adhésion.**

Preuve d'achat de l'autoclave ou le # de série.

Faire parvenir à : AIASPQ 171, rue Villandré Repentigny Québec