



Syndicat professionnel des homéopathes du Québec (CSN-FP)

Formulaire de demande d'admission pour étudiant

-Statut étudiant-

*« Nous vous remercions de contribuer au déploiement
de l'homéopathie au Québec. »*

CONFIDENTIEL

1.1 Identification et coordonnées personnelles

Nom: _____ **Prénom:** _____

Genre: M F **Date de Naissance :** JJ / MM / AAAA

Adresse de la résidence :

N° civique, Rue, appt: _____

Ville, Province : _____

Code Postal : _____ Pays: _____

Téléphone : _____

Cellulaire: _____

Courrier électronique : _____

Nationalité(s): _____

Statut au Canada: Citoyen Résidence Permanente Autre

Si autre, précisez : _____

Autres informations :

Langue maternelle : _____

Autres langues utilisées pour le travail : _____

1.2 Formation

Joindre une copie d'une preuve d'étude en cours en homéopathie (inscription à une école)

École(s) : _____

Année prévue de la fin des études en homéopathie : _____

1.3 Coordonnées professionnelles

Bureau 1 : (cochez si idem résidence)

Raison sociale : _____

N° civique, Rue, appt: _____

Ville, Province : _____

Code Postal : _____ Pays: _____

Téléphone : _____ Poste: _____

Télécopieur: _____

initial : _____

Courrier électronique: _____

Site Web: _____

Bureau 2 :

Raison sociale : _____

N° civique, Rue, appt: _____

Ville, Province : _____

Code Postal : _____ Pays: _____

Téléphone : _____ Poste: _____

Télécopieur: _____

Courrier électronique: _____

Site Web: _____

Correspondance avec le SPHQ :

Spécifiez l'adresse où vous désirez recevoir la correspondance écrite du SPHQ :

Adresse résidentielle

Bureau 1

Bureau 2

N.B. En conformité avec la Loi des renseignements personnels, le SPHQ ne transmet aucune liste nominative des coordonnées des membres à des tiers. Il procède lui-même à l'envoi d'information en provenance de tiers s'il y a lieu.

1.4 Heures/semaine de consultation homéopathique (pour les professionnels de la santé, fins de statistiques)

Indiquez le nombre moyen d'heures par semaine que vous consacrez à la pratique clinique de l'homéopathie :

↑1-4hrs

↑5-8hrs

↑9-12hrs

↑13-16hrs

↑17-20hrs

↑21-24hrs

↑25hrs et +

1.5 Autres informations professionnelles

Avez-vous d'autres activités professionnelles ?

OUI ↑ **NON** ↑

Si oui : spécifiez les types d'activités : _____

Êtes-vous membre d'une autre association professionnelle? _____

Laquelle ou lesquelles ? _____

initial : _____

Êtes-vous membre d'un ordre professionnel? _____
Si oui, lequel? _____

Avez-vous une expérience de formateur : **OUI** **NON**
Si oui, indiquez la ou les discipline(s) : _____

Avez-vous été l'objet d'une plainte, d'une enquête ou d'une poursuite en relation avec
votre pratique professionnelle ? **OUI** **NON**
Si oui, expliquer et joindre les documents pertinents :

1.6 Attestation et signature

J'atteste que tous les renseignements fournis dans ce formulaire sont exacts et je m'engage à aviser sans délai la Secrétaire du SPHQ de tout changement aux renseignements contenus dans cette déclaration.

Signature Date

J'affirme avoir lu et compris :

- **les Statuts et Règlements du SPHQ***
- **le Code de déontologie du SPHQ***

*disponibles sur le site www.sphq.org (onglet « à propos du SPHQ »)

Signature Date

*« Nous vous remercions de contribuer au déploiement de
l'homéopathie au Québec. »*

Le Comité d'admission du SPHQ s'engage à analyser votre demande d'admission et à statuer sur votre admissibilité à l'intérieur d'une période de 3 mois.

Veillez noter que toute fausse déclaration entraînera l'annulation de votre demande d'admission ou, le cas échéant, de votre statut de membre du SPHQ.

initial : _____