



## Formulaire d'adhésion

### RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Nom de famille: \_\_\_\_\_ Prénom: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_ Ville: \_\_\_\_\_

Province: \_\_\_\_\_ Code postal: \_\_\_\_\_

Date de naissance: \_\_\_\_\_ # ass. sociale: \_\_\_\_\_

F       M

Langue(s) d'usage : \_\_\_\_\_

Adresse d'affaires 1 : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Adresse d'affaires 2 : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Travaillez-vous de votre résidence : Oui \_\_\_ Non \_\_\_

# tél. affaires: (\_\_\_\_): \_\_\_\_\_ # résidence: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

# tél. cellulaire (\_\_\_\_): \_\_\_\_\_ Même que affaires ? Oui \_\_\_ Non \_\_\_

# fax.: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Nom de votre page Facebook : \_\_\_\_\_ Twitter \_\_\_\_\_

Site internet : \_\_\_\_\_

**Veillez inclure avec votre demande une photocopie d'une carte d'identité avec photo.**

Pour quelles raisons désirez-vous adhérer à l'ANN?



Écoles	Cours complétés	Heures	Dates

Suivez-vous des cours actuellement? Oui \_\_\_\_\_ Non \_\_\_\_\_

Si oui, lesquels et dans quel établissement de formation ?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Êtes-vous membre d'une autre association ou regroupement? Oui \_\_\_\_\_ Non \_\_\_\_\_

Si oui, le nom des regroupements et votre numéro de membre :

\_\_\_\_\_ # \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ # \_\_\_\_\_

Travaillez-vous avec les enfants? Oui \_\_\_\_\_ Non \_\_\_\_\_

Faites-vous des visites à domicile? Oui \_\_\_\_\_ Non \_\_\_\_\_

Donnez-vous des cours? Oui \_\_\_\_\_ Non \_\_\_\_\_

SVP énumérer vos spécialités :



**ANN** Association nationale des naturopathes  
**NAN** National Association of Naturopaths

Donnez-vous des conférences : Oui \_\_\_\_ Non \_\_\_\_

Si oui, sur quel sujet ?

---

---

Nom de la personne qui vous parraine \_\_\_\_\_  
(Cette personne peut vous avoir enseigné ou cette personne peut vous avoir fait connaître ANN)

#### Assurance responsabilité professionnelle

L'assurance responsabilité professionnelle n'est pas obligatoire quoique nous vous encourageons fortement à souscrire à un tel plan.

Si vous désirez obtenir une telle protection, n'hésitez pas à communiquer avec l'un des représentants chez notre courtier Essor au 1-888-353-4119 suite à l'acceptation de votre demande, vous pourrez ainsi profiter des avantages liés au plan de protection pour ANN. [www.essor.ca](http://www.essor.ca).

SVP inclure une preuve d'assurance à votre dossier si vous possédez déjà une telle protection.

#### Avant d'envoyer votre demande :

Assurez-vous de joindre à votre formulaire :

- Des photocopies de vos diplômes, certificats, attestations
- Photocopies d'une carte d'identité avec photo
- Une photocopie de votre permis de travail s'il y a lieu
- Tout autre renseignement susceptible d'aider à l'étude de votre dossier
- Preuve d'assurance responsabilité professionnelle s'il y a lieu
  
- Nous ne considérons pas les demandes n'incluant pas un paiement.
- Vous pouvez payer sur Paypal <http://boutique.naturopathie.ca> ou envoyer un chèque fait à l'ordre de **OCPN** avec votre demande.
- Aucun frais d'étude de dossier. Si votre demande est rejetée nous vous retournerons votre chèque ou vous rembourserons la totalité de votre paiement par Paypal.
- Un examen d'entrée peut être exigé selon le dossier soumis.
- Un délai de 15 jours ouvrables est habituellement nécessaire pour l'étude du dossier. Si vous avez des ajouts à faire à votre dossier, n'hésitez pas à communiquer avec nous par téléphone ou par courriel à [secretariat@naturopathie.ca](mailto:secretariat@naturopathie.ca).

### **DEMANDE OFFICIELLE**



**ANN** Association  
nationale des  
naturopathes

---

**NAN** National  
Association of  
Naturopaths

Je désire m'enregistrer comme membre et je m'engage à respecter le code de déontologie. Je joins un chèque de 258,69\$ pour un an (225\$ + taxes) ou de 459,90\$ pour 2 ans (400\$ + taxes) fait à l'ordre de **OCPN**, pour un an de membership.

Au cours des dix (10) dernières années, je déclare n'avoir pas fait l'objet de réclamations de mes services professionnels ou n'être au courant de circonstances pouvant entraîner une réclamation à l'égard de mes services professionnels.

J'ai complété le présent formulaire de bonne foi et je certifie la véracité des renseignements fournis. Je comprends que toute déclaration inexacte ou omission pourrait être sanctionnée par l'annulation de mon acceptation au sein de l'Association nationale des naturopathes.

Date: \_\_\_\_\_ Signature: \_\_\_\_\_

### **Dispositions relatives à la loi sur la protection des renseignements personnels et les documents électroniques (LPRDE)**

Vous nous avez donné des informations relatives à votre dossier personnel. À moins d'avis contraire de votre part, nous considérons que vous consentez ainsi à ce que nous consignions dans un dossier tous les renseignements que vous nous avez transmis et nous transmettez, verbalement, par écrit ou de façon électronique. Également, à moins d'avis contraire de votre part par lettre enregistrée, nous considérons que votre consentement sera valide pour une période de 5 ans.

### **Consentement**

Je consens, d'une façon libre et manifeste, à ce que l'Association nationale des naturopathes consigne dans un dossier tous les renseignements que je lui transmettrai, d'une façon écrite, orale, informatisée ou autre, à partir de maintenant.

Date: \_\_\_\_\_ Signature: \_\_\_\_\_