

## Formulaire d'inscription

### Titres des diplômes obtenus

---

---

---

### Engagement

Je, soussigné(e) ,

confirme que tous les documents remis à la **Société Canadienne de Massothérapie et Médecines Alternatives Complémentaires** (S.C.M.M.A.C.) concernant mon adhésion sont véridiques et exactes. Également, je m'engage à respecter les règlements et le code de déontologie de la Société. Tout manquement à cet engagement donnera lieu au retrait du privilège d'être membre de la Société sans remboursement des frais encourus pour le devenir.

En foi de quoi, j'ai signé :

Signature \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nom \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Téléphone résidence \_\_\_\_\_

Téléphone professionnel \_\_\_\_\_

Courriel \_\_\_\_\_

Date de naissance JJ/MM/AAAA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## Registration form

### Titles of diplomas received

---

---

---

### Commitment

I, undersigned ,

confirms that all documents given to the **Société Canadienne de Massothérapie et Médecines Alternatives Complémentaires** (S.C.M.M.A.C.) relating to my registration are true and accurate. I also commit to respect the rules and regulations and the code of ethics of the Société. Any violation of this commitment will result in the withdrawal any and all membership privileges, without reimbursement of expenses incurred to become a member.

In witness whereof, I signed:

Signature \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_

Address \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Home phone \_\_\_\_\_

Office phone \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_

Date of birth JJ/MM/AAAA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_