

Formulaire de demande d'inscription

(Veuillez dactylographier ou écrire lisiblement en lettres moulées)

Nom : _____ Prénom et initiale : _____

Adresse : _____

Municipalité : _____ Province : _____ Code postal : _____

Téléphone : _____ Courriel : _____

Date de naissance : _____ Numéro d'assurance sociale : _____

Veuillez indiquer le plus haut degré de formation scolaire ou professionnelle obtenu :

Nom de l'établissement

d'enseignement :

Programme :

Date de fin d'études :

Veuillez indiquer la date du début de la formation pour laquelle vous présentez une demande :

_____ septembre 2012

_____ septembre 2013

Information requise

Veuillez annexer ce qui suit à votre formulaire de demande d'inscription et retourner le tout en vous servant de l'enveloppe pré-adressée fournie dans la trousse d'information.

- ___ Certificat d'attestation médical
- ___ Trois lettres de référence
- ___ Frais d'inscription de 100 \$ (à l'ordre du Collège Atlantique de Massage Thérapeutique)
- ___ Copies des relevés de notes d'études secondaires et universitaires

Comment avez-vous entendu parler du Collège Atlantique de Massage Thérapeutique pour la première fois?

Quelles raisons vous ont motivé à présenter une demande d'inscription au Collège Atlantique de Massage Thérapeutique?

En cochant les cases suivantes, vous acceptez de recevoir :

- des appels téléphoniques, y compris des messages à la maison et au bureau;
- des bulletins et autres notes d'information par courriel;
- des avis de promotion et des offres spéciales.

Les frais d'inscription doivent être annexés au formulaire de demande d'inscription et ne sont pas remboursables. Ils seront crédités à vos frais de scolarité si votre candidature est retenue. Vous obtiendrez un reçu pour les frais d'inscription.

Remarque : Les associations de massothérapie de la plupart des provinces exigent une vérification du casier judiciaire avant de commencer à exercer la profession. Si votre situation pourrait vous empêcher d'exercer la profession, veuillez en discuter avec nous avant le début de la formation.

Signature : _____ Date : _____

Envoyez par la poste à l'adresse suivante :

Collège Atlantique de Massage Thérapeutique
1040, rue Champlain, Unité 102
Dieppe, (Nouveau-Brunswick) E1A 8L8