



DEMANDE DE REINSCRIPTION AU TABLEAU DES MEMBRES

A. IDENTITÉ DU CANDIDAT

Nom de famille

Sexe M F

Prénom

Date de naissance

Langue maternelle

Langue d'usage

Jour Mois Année

Français Anglais Autre Français Anglais Autre

B. RÉSIDENCE PERMANENTE

Numéro

Rue/ Route rurale/ Case postale

Appartement

Ville

Province

Code postal

Téléphone

() _____

C. AUTRES RENSEIGNEMENTS

Citoyen Canadien

Précisez :

Canadien

Résident permanent

Visa d'étudiant

Aucun visa

Pays de citoyenneté (si non citoyen Canadien)

Autre, précisez : _____

D. ÉTUDES

NIVEAU

INSTITUTION (NOM ET ADRESSE)

SECTEUR

ANNÉE
DE GRADUATION

Diplôme

Secondaire ou Lycée _____

secondaire

Cégep ou collège

INHALOTHÉRAPIE

Université

Autre

E. EMPLOYEURS (EN COMMENÇANT PAR LE PLUS RÉCENT)

Nom de l'employeur

Adresse

Téléphone

Titre

Statut

Champ

Période (de/à)

Nom de l'employeur

Adresse

Téléphone

Titre

Statut

Champ

Période (de/à)

Nom de l'employeur

Adresse

Téléphone

Titre

Statut

Champ

Période (de/à)

F. SIGNATURE

Je certifie par la présente que les renseignements donnés dans cette formule sont vrais, exacts et complets sous tous les rapports.

Retourner à : OPIQ

1440, Sainte-Catherine Ouest, Bureau 320
Montréal, QC H3G 1R8