



---

## Demande de réinscription au tableau des membres

---

### A. Renseignements personnels

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_ App \_\_\_\_\_

Ville \_\_\_\_\_ Province \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_

Téléphone \_\_\_\_\_ Cellulaire \_\_\_\_\_

Courriel \_\_\_\_\_

### B. Renseignements académiques

Niveau	Institution	Programme	Année d'obtention
--------	-------------	-----------	-------------------

Collégial	_____	_____	_____
-----------	-------	-------	-------

Universitaire	_____	_____	_____
---------------	-------	-------	-------

### C. Renseignements professionnels

1. _____ Employeur	_____	Secteur activité _____	Période _____
-----------------------	-------	------------------------	---------------

2. _____ Employeur	_____	Secteur activité _____	Période _____
-----------------------	-------	------------------------	---------------

3. _____ Employeur	_____	Secteur activité _____	Période _____
-----------------------	-------	------------------------	---------------

Année à laquelle vous avez cessé vos activités en tant qu'inhalothérapeute : \_\_\_\_\_

### D. Expérience de travail (après radiation au tableau des membres)

1. _____ Employeur	_____	Secteur activité _____	Période _____
-----------------------	-------	------------------------	---------------

2. _____ Employeur	_____	Secteur activité _____	Période _____
-----------------------	-------	------------------------	---------------

Je certifie par la présente que les renseignements fournis sont vrais, exacts et complets sous tous les rapports.

\_\_\_\_\_  
**Signature**