

ORDRE PROFESSIONNEL DES INHALOTHÉRAPEUTES DU QUÉBEC  
1440, rue Ste-Catherine Ouest, bureau 320  
Montréal (Québec) H3G 1R8

DEMANDE D'INSCRIPTION « ÉTUDIANTS-ASSOCIÉS »

A. IDENTITÉ DE L'ÉTUDIANT

Nom de famille

Prénom

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Code permanent

Date de naissance

Langue maternelle

Langue d'usage

\_\_\_\_\_

\_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

jour / mois / année

français / anglais / autre

français / anglais

B. RÉSIDENCE PERMANENTE

Numéro

Rue / Route / Case Postale

Appartement

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ville / Village

Province

Code postal

No de téléphone

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

C. AUTRES RENSEIGNEMENTS

Citoyen canadien

Autre

Si « Autre », précisez :

Résident permanent

Visa d'étudiant

Pays de citoyenneté si non citoyen canadien : \_\_\_\_\_

D. ÉTUDES

Secondaire :

Institution (Nom et adresse)

Degré

No diplôme

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Collégial :

Institution (Nom et adresse)

Degré

No diplôme

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

E. PAIEMENT

Chèque de 34,19 \$ (taxes incluses)

Mandat Poste de 34,19 \$ (taxes incluses)

F. SIGNATURE

Je certifie par la présente que les renseignements donnés sur ce formulaire sont vrais, exacts et complets sous tous les rapports. **Je joins également une preuve de mon statut d'étudiant (bulletin)** à ce formulaire et j'autorise l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes à vérifier auprès des instances concernées tous les documents et renseignements déclarés dans la présente.

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