**FORMULAIRE D’ADHÉSION À L’AMNQ**

**Nom:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Nom Prénom

**Courriel:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Profession:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Professionnel de la santé | Étudiant universitaire | Étudiant pré-universitaire |
| [ ]  Médecin[ ]  Infirmière- ier[ ]  Physiothérapeute[ ]  Pharmacien[ ]  Nutritioniste[ ]  Dentiste[ ]  Kinésithérapeuthe[ ]  Ergothérapeuthe[ ]  Autre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | [ ]  Médecine[ ]  Sciences infirmières[ ]  Physiothérapie[ ]  Pharmacie [ ]  Nutrition [ ]  Médecine dentaire[ ]  Kinésiologie[ ]  Ergothérapie[ ]  Autre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | [ ]  CÉGEP[ ]  Études secondaires[ ]  Autre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |
| --- | --- |
| **Adresse professionnelle:** | **Adresse personnelle:** |

**Numéros de téléphone:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Bureau Domicile Cell

**Domaine d’intérêt:**

[ ]  Mentorat-(mentoré ou mentor)

[ ]  Organisation d’événement

[ ]  Conférencier invité

[ ]  Supervision de projets de recherche

[ ]  Supervision clinique

[ ]  Autre

|  |  |
| --- | --- |
| **Date:** | **Signature:** |

Note : Veuillez envoyer le formulaire à l’adresse suivante : qbma.president@gmail.com