

FORMULAIRE D'INSCRIPTION AUX EXAMENS

Important de retourner ce formulaire dûment rempli accompagné :

- d'une copie de votre(vos) diplôme(s)
- de votre paiement (1 examen = 30\$ / 2 examens = 50\$ / 3 examens = 70\$) *Chèque fait à l'ordre de APESEQ*
- d'une photo de vous (ou une photocopie de votre photo)

Cochez l'examen(s) que vous désirez passer :

Examens d'admission : Électrolyse Esthétique Maquillage permanent

Autre examen : Photoépilation

ÉCRIRE LISIBLEMENT ET EN LETTRES CARRÉES

ADRESSE À LA RÉSIDENCE

Prénom : _____ Nom : _____ Date de naissance : _____

Adresse : _____ App. : _____

Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____

Téléphone : _____ Courriel : _____

ADRESSE AU TRAVAIL

Nom de l'institut : _____

Adresse : _____ Ville : _____

Province : _____ Code postal : _____ Téléphone _____

Site Web : _____ Facebook : _____

→ Endroit où vous désirez recevoir votre courrier : À la résidence Au travail

→ Avec quelle compagnie êtes-vous assurée pour la responsabilité professionnelle? _____

→ Votre statut professionnel : Recherche un emploi Travailleur autonome Salarié Propriétaire-employeur

Indiquez le nom de l'école où vous avez suivi la formation en :

Électrolyse _____ Date de graduation _____

Esthétique _____ Date de graduation _____

Maquillage permanent _____ Date de graduation _____

Photoépilation _____ Date de graduation _____

Technorajeunissement _____ Date de graduation _____

Cochez les services que vous offrez

Électrolyse Esthétique Maquillage permanent Photoépilation : Laser IPL Technorajeunissement

Électrocoagulation non médicale Photocoagulation non médicale Microdermabrasion Peeling chimique

Épilation à la cire Épilation au sucre Soins du corps Soin du visage Soin esthétique des pieds

Pédicurie Manucurie Pose d'ongles Pose d'extension de cils Massothérapie Microtroyse

Microblading sourcils Maquillage Maquillage artistique Épilation parties intimes : femme homme

Autres : _____

Cochez votre choix : (nous vous contacterons pour convenir d'une date)

- Je souhaite faire mon examen à : Gatineau Montréal Québec Sherbrooke St-Jérôme

- Je souhaite faire mon examen par Internet (important d'inscrire votre adresse courriel)

Si je réussis mon examen, j'aimerais recevoir ma facture d'adhésion à l'APESQ : oui non

SIGNATURE _____ **DATE** _____