

FORMULAIRE D'ADMISSION COMME MEMBRE AGRÉÉ

IMPORTANT de retourner ce formulaire dûment rempli et accompagné :

- d'une copie de votre/vos diplômes et/ou certificats
- d'une preuve de possession d'une assurance responsabilité professionnelle (demander la preuve à votre employeur)
- de votre paiement (1 examen = 30\$ / 2 examens = 50\$ / 3 examens = 70\$)

Mode de paiement

Interac : info@apeseq.ca

Question : quelle année

Réponse : 2020

Chèque : fait à l'ordre de *APESEQ* et envoyé à : *APESQ, 3381 rue des Récollets, Québec, G2A 2S7*

Carte de crédit : Visa ou MasterCard

Cochez le/les examens que vous désirez passer :

Électrolyse Esthétique Maquillage permanent Photoépilation

ÉCRIRE LISIBLEMENT ET EN LETTRES CARRÉES

ADRESSE À LA RÉSIDENCE

Prénom : _____ Nom : _____ Date de naissance : _____

Adresse : _____ Appartement : _____

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

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 Soins du visage Soins esthétiques des pieds

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

Microblading sourcils Maquillage Maquillage artistique Micropigmentation capillaire

Mésothérapie non médicale Rehaussement de cils 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 Sherbrooke St-Jérôme

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

SIGNATURE _____ **DATE** _____