

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\$)

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
 Electrocoagulation 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 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** _____