

## Formulaire d'adhésion à l'Association canadienne de réadaptation cardiaque (ACRC)

Titre : \_\_\_\_\_ Nom : (Prénom) \_\_\_\_\_ (Nom de famille) \_\_\_\_\_

Adresse à domicile : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ Province/état : \_\_\_\_\_ Code postal/Zip : \_\_\_\_\_

N° de téléphone à domicile : ( ) \_\_\_\_\_ Télécopieur à domicile : ( ) \_\_\_\_\_ Courriel à domicile : \_\_\_\_\_

N° de téléphone au travail : ( ) \_\_\_\_\_ Ext. \_\_\_\_\_ Téléc. au travail : ( ) \_\_\_\_\_ Courriel au travail : \_\_\_\_\_

Cellulaire: ( ) \_\_\_\_\_ Téléavertisseur : ( ) \_\_\_\_\_ Ext : \_\_\_\_\_

**Nom du programme ou de l'organisme** \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

(Inclure le nom du département s'il y a lieu)

Ville : \_\_\_\_\_ Province/état : \_\_\_\_\_ Pays : \_\_\_\_\_ Code postal/Zip : \_\_\_\_\_

N° de téléphone - réception ( ) \_\_\_\_\_

**Je préfère recevoir ma correspondance en :**Anglais ( ) Français ( ) **À mon :** Domicile ( ) Programme/organisme ( )

L'ACRC lancera un répertoire des membres dans lequel tous les membres de l'ACRC pourront effectuer une recherche, et ce, afin de faciliter le réseautage. Veuillez indiquer votre préférence :

Pour le répertoire en ligne, utilisez : mon adresse à domicile ( ) L'adresse du programme/organisme ( )

**Ou**

Je ne veux pas que les renseignements donnés apparaissent lors d'une recherche faite par un membre. ( )

**Nouveau****1. Affiliations professionnelles**

Veuillez cocher les sigles qui s'appliquent :

AACVPR	<input type="checkbox"/>	ACHIC	<input type="checkbox"/>	ACSM	<input type="checkbox"/>	ALCOA	<input type="checkbox"/>	CCCN	<input type="checkbox"/>	CCS	<input type="checkbox"/>
CDA	<input type="checkbox"/>	CKA	<input type="checkbox"/>	CMA	<input type="checkbox"/>	CNA	<input type="checkbox"/>	CPA	<input type="checkbox"/>	CRNO	<input type="checkbox"/>
CSED	<input type="checkbox"/>	CSEP	<input type="checkbox"/>	DC	<input type="checkbox"/>	FONDATION DES MALADIES DU COEUR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	AUTRE	_____	

## 2. Formation scolaire

Diplôme ou certificat

Institution

Année



_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

## 3. Reconnaissance professionnelle

Choisir ceux qui s'appliquent :

CCCN – CV

Éducateur - diabète (CDA)

Physiologiste de l'exercice (ACSM)

Spécialiste de l'exercice (ACSM)

Directeur de programme (ACSM)

Diététiste autorisé(e) (DAC)

Conseiller professionnel en condition physique et en mode de vie (CSEP)

Autre (Préciser) :

\_\_\_\_\_

## 4. Participation en réadaptation cardiaque

Veuillez donner une brève description de votre participation directe en réadaptation cardiaque.

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

Indiquez le nombre d'heures/semaines Durant lesquels vous avez participé directement dans la réadaptation cardiaque \_\_\_\_\_

## 5. Membres :

L'adhésion à l'Association est **personnel** et par conséquent, non-transférable. L'adhésion à l'ACRC est en fonction du calendrier (1<sup>er</sup> janvier au 30 décembre). Les membres qui adhèrent Durant l'assemblée annuelle verront leur adhésion s'étendre au mois de décembre de l'année suivante. Ils commenceront à recevoir le Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation à partir de janvier de l'année suivante.

*J'atteste que les renseignements fournis dans le formulaire de demande sont exacts et je consent à me conformer au code de déontologie et de l'éthique professionnelle de l'Association.*

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

Référé par : \_\_\_\_\_ (nom du membre)

## 6. FRAIS D'INSCRIPTION: (choisissez la catégorie appropriée et ajouter la taxe)

MEMBRE TITULAIRE	100,00 \$
MEMBRE ASSOCIÉ	100,00 \$
MEMBRE ÉTUDIANT	45,00 \$
<b>AJOUTER LA TPS 6 %</b>	
<b>OU LA *TVH 14 %</b>	
Total	\$

Paiement par : Chèque (au nom de l'ACRC)

Visa  OU Master Card

Nom du détenteur de la carte : \_\_\_\_\_

Numéro de carte: \_\_\_\_\_

\*La TVH est applicable aux résidents de TN, du NB et de la NÉ

Date d'expiration : \_\_\_\_\_

**VEUILLEZ PRÉVOIR 10 JOURS OUVRABLES POUR LES RÉVISIONS DES DEMANDES.  
VEUILLEZ RETOURNER LE FORMULAIRE ET LE PAIEMENT ACCOMPAGNÉ D'UNE COPIE DE VOTRE DESCRIPTION DE TÂCHES À :**

Association canadienne de réadaptation cardiaque  
1390, avenue Taylor  
Winnipeg, Manitoba R3M 3V8