



**COMMISSION DES PRATICIENS EN MÉDECINE DOUCE DU QUÉBEC (L.R.Q., c. S-40)**  
**101 BOUL. CARDINAL-LÉGER, CASIER POSTAL 51071, PINCOURT (QC) J7W 9T3**  
**Téléphone : (800) 624-6627 Courriel : info@cpmdq.com Télécopieur : (514) 221-3740**

**BIENVENU À LA CPMDQ WELCOME TO THE CPMDQ**  
**DEMANDE DE RÉACTIVATION DE LICENCE / LICENSE REACTIVATION REQUEST**

Nom/Name :		Date de Naissance/Date of birth:	
Adresse/Address (Res.):			
Ville/City :		Province:	Code Postal/Postal Code:
Adresse/Address (Bureau/Office):			
Ville/City :		Province:	Code Postal/Postal Code:
Telephone (Res.):		Telephone (Bur./Bus.):	Télec./Fax:
Cell.:		E-mail:	
<b>VOUS SOUHAITEZ DEVENIR MEMBRE SOUS QUEL TITRE? YOU WISH TO BECOME A MEMBER UNDER WHICH TITLE?</b>			
<input type="checkbox"/> Naturopathe/ Naturopath (ND)	<input type="checkbox"/> Naturopathe/ Naturopath (n.d)	<input type="checkbox"/> Naturothérapeute / Naturopath	
<input type="checkbox"/> Massothérapeute/ Massage therapist	<input type="checkbox"/> Kinésithérapeute/Kinesitherapist	<input type="checkbox"/> Orthothérapeute/Orthotherapist	
<input type="checkbox"/> Ostéopathe/Osteopath	<input type="checkbox"/> Kinésiologue/Kinésiologist	<input type="checkbox"/> Thérapeute du sport/Sport therapist	
<input type="checkbox"/> Homéopathe/Homeopath	<input type="checkbox"/> DMTC/PMTC (Médecine Traditionelle Chinoise/Traditional Chinese Medicine)		
<input type="checkbox"/> Autre/Other (Spécifiez/Specify):			
<b>MODALITÉ DE PAIEMENT POUR LA COTISATION ANNUELLE NON REMBOURSABLE AU MONTANT DE \$350.00 PAR ANNÉE.</b> <b>TERMS OF PAYMENT FOR THE NON-REFUNDABLE ANNUAL FEES IN THE AMOUNT OF \$350.00 PER YEAR.</b>			
Paieement en ligne /Online Payment ( <a href="http://www.cpmdq.com">www.cpmdq.com</a> section "Service aux Membres")			
<input type="checkbox"/> Débit VISA / MASTERCARD sur compte personnel / VISA/MASTERCARD debit on personal account			
<input type="checkbox"/> Paiement par carte de crédit / Credit card paiement : VISA, MASTERCARD, AMERICAN EXPRESS, DISCOVER			
<input type="checkbox"/> Chèque à l'ordre de la CPMDQ / Cheque to the order of the CPMDQ.			
Numéro du chèque / Cheque number : _____ Date du chèque / Cheque date : ____/____/20____			
<b>ENTENTE POUR LA RÉACTIVATION DE LICENCE / AGREEMENT FOR REACTIVATION OF LICENSE # _____</b>			
Je soussigné affirme que ; I, the undersigned, affirm that ;			
1. Je suis le /la requérant(e). I am the applicant.			
2. J'affirme que tous les documents, renseignements verbaux ou écrits fournis dans la présente demande sont exactes et véridiques. I affirm that all documents, verbal or written information provided in this application are accurate and true.			
3. En tout temps je consens et autorise la CPMDQ à procéder à une vérification complète et juridique sur les informations fournies dans la présente demande. At any time I consent and authorize the CPMDQ to carry out a complete and legal verification of the information provided in this application.			
4. Je m'engage à respecter fidèlement toutes les décisions et les règlements adoptés par le conseil de la CPMDQ et à respecter son code de déontologie. I make a commitment to faithfully respect all the decisions and regulations adopted by the CPMDQ board and to respect its code of ethics.			
5. Je reconnais que le certificat de la CPMDQ qui m'est remis lors de mon inscription est la propriété de la CPMDQ et je m'engage à retourner l'original de ce document dès l'annulation de mon statut de membre CPMDQ. I acknowledge that the CPMDQ certificate remitted to me upon registration is the property of the CPMDQ and I consent to return the original of this document immediately upon cancellation of my membership status.			
6. J'autorise par la présente à ce que la CPMDQ consigne dans un dossier tous renseignements personnels et confidentiels à mon sujet pour une période indéterminée. J'autorise la CPMDQ à transmettre des informations à mon sujet lorsque la loi l'exige ou lorsque jugé par par un représentant de la CPMDQ. I hereby authorize the CPMDQ to keep a record of all personal and confidential information about me for an indefinite period. I authorize the CPMDQ to transmit information about me when the law requires it or when adjudicated by a representative of the CPMDQ.			
Signature:		Date:	20

**Pour être considérée cette demande doit être accompagnée d'une copie de votre curriculum vitae et de vos diplômes académiques. To be considered this request must be accompanied by a copy of your curriculum vitae and your academic diplomas.**