

FORMULAIRE D'ADMISSION COMME MEMBRE RÉGULIER

IMPORTANT de retourner ce formulaire dûment rempli accompagné :
- d'une copie de votre/vos diplômes et/ou certificats
- d'une preuve de possession d'une assurance responsabilité professionnelle

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

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
Épilation parties intimes : femme homme

Autres : _____

SIGNATURE _____ DATE _____