



TRAVAILLEUR AUTONOME


Formulaire d'inscription 2015-2016

*** Il est fortement recommandé de faire parvenir ce formulaire par voie électronique afin de minimiser les erreurs de retranscription des données (courriel, site web, etc). ***

Nom de l'entreprise	
Nom de l'ergothérapeute	
Date de naissance	
No OEQ.	
Adresse de correspondance (no, rue, ville, code postal) :	
Téléphone (jour) :	Fax :
Site web de l'entreprise :	

Cotisation annuelle : 300\$ Nouveaux gradués : 285 \$

Modes de paiement (SVP cocher le mode de paiement désiré)

- Chèque** (Libellé à AQEPP)
-  No. Transit : 90057 No. Institution : 815 No. Compte 411298

Adresse postale à indiquer sur le site web (si différente de celle-ci-dessus) :

Adresse :	
Ville :	Code postal :



Site internet de l'AQEPP
Section « Vous cherchez un ergothérapeute ? »

J'aimerais m'inscrire en tant que travailleur autonome dans la ou les régions suivantes

Abitibi-Témiscamingue <input type="checkbox"/>	Bas-Saint-Laurent <input type="checkbox"/>	Centre-du-Québec <input type="checkbox"/>
Charlevoix <input type="checkbox"/>	Chaudière / Appalaches <input type="checkbox"/>	Côte-Nord <input type="checkbox"/>
Estrie <input type="checkbox"/>	Gaspésie / Îles-de-la-Madeleine <input type="checkbox"/>	Lanaudière <input type="checkbox"/>
Laurentides <input type="checkbox"/>	Laval <input type="checkbox"/>	Mauricie <input type="checkbox"/>
Montérégie <input type="checkbox"/>	Montréal <input type="checkbox"/>	Nord-du-Québec <input type="checkbox"/>
Outaouais <input type="checkbox"/>	Québec <input type="checkbox"/>	Saguenay / Lac-Saint-Jean <input type="checkbox"/>

Clientèle(s) desservie(s)

Enfants/adolescents <input type="checkbox"/>	Adultes <input type="checkbox"/>	Personnes âgées <input type="checkbox"/>
--	----------------------------------	--

Services offerts

Analyse de poste de travail <input type="checkbox"/>	Intervention en milieu de travail <input type="checkbox"/>
Conférences / Communication avec les médias <input type="checkbox"/>	Consultation / Supervision <input type="checkbox"/>
Évaluation des capacités fonctionnelles de travail :	Santé mentale <input type="checkbox"/> Santé physique <input type="checkbox"/>
Développement des capacités fonctionnelles de travail :	Santé mentale <input type="checkbox"/> Santé physique <input type="checkbox"/>
Évaluation des besoins : Adaptation de véhicule <input type="checkbox"/> Aide personnelle <input type="checkbox"/> Aides techniques <input type="checkbox"/>	
Évaluation sur l'aptitude physique et mentale à conduire un véhicule routier <input type="checkbox"/>	
Expertise légale <input type="checkbox"/>	Intégration préscolaire et scolaire <input type="checkbox"/>
Intervention à domicile <input type="checkbox"/>	Intervention en santé mentale <input type="checkbox"/>
Conception d'orthèses <input type="checkbox"/>	Thérapie de la main <input type="checkbox"/>

Signature :

Date :

Merci de retourner le formulaire dûment rempli à aqepp@hotmail.com ou par la poste

****N'oubliez pas de faire votre paiement par AccèsD ou par chèque afin de finaliser l'inscription**