

FORMULAIRE DE DEMANDE D'ACCREDITATION École de formation

Nom de l'école :

RESPONSABLE

Nom, prénom :

Adresse :

Téléphone :

NEQ :

Site web :

Courriel :

Pour quelle association
appliquez-vous ?

- ANPQ (Naturopathie)
 ANQ (Natuurothérapie)
 RMQ (Massothérapie)

Y a-t-il un prérequis pour
s'inscrire à votre école ?

- Non
 Oui (précisez)

Proposez-vous de la formation
continue ?

- Non
 Oui (précisez)

L'école dispense son
enseignement :

- En classe
 En ligne
 En ligne et en classe

OBJECTIFS VISÉS PAR LES ACTIVITÉS DE FORMATION

TITRES DES COURS OFFERTS ET NOMBRE D'HEURES ATTRIBUÉES

ENVOI DE LA DEMANDE

Vous devez joindre au présent formulaire

- la copie des diplômes pertinents
- le plan de cours de votre(vos) formation(s)
- le curriculum vitae des enseignants

Des frais de 225.00\$ sont applicables pour le traitement de la demande et sont payables par chèque ou par carte de crédit par téléphone.

Pour transmettre votre demande, deux options sont possibles :

1. Par courriel : m.paradis@collectifsante.ca
Indiquez dans l'objet : Demande accréditation école

2. Par la poste :
819 Rue Saint François Xavier, Terrebonne, QC J6W 1H1
Att. : Comité d'admission/École de formation

SECTION RÉSERVÉE À L'ADMINISTRATION

*Je reconnais que les informations
fournies sont exactes.*

DATE DE RÉCEPTION :

Signature :

DATE DE L'INSCRIPTION :

Date :