

IDENTIFICATION

Nom :		Prénom :	
Sexe :	<input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin	Langue maternelle : <input type="checkbox"/> français <input type="checkbox"/> anglais <input type="checkbox"/> autre _____ Langue parlée : <input type="checkbox"/> français <input type="checkbox"/> anglais <input type="checkbox"/> autre _____ Date de naissance : _____	
Discipline :	<input type="checkbox"/> Radiodiagnostic <input type="checkbox"/> Radio-oncologie <input type="checkbox"/> Médecine nucléaire <input type="checkbox"/> Résonance magnétique		

ADRESSE PERMANENTE

N° :		Rue :	
App. :		Ville :	
Province :		Code postal :	
Téléphone – résidence :		Téléphone – travail :	
Courriel :			

VEUILLEZ INCLURE À CE DOCUMENT

Candidat membre de CMRTO, ACMDTT, SAMRT, NBAMRT, NSAMRT	Tout autre candidat provenant du Canada
<input type="checkbox"/> Les frais rattachés à l'analyse de votre dossier (183,96 \$) <input type="checkbox"/> Une copie de votre permis d'exercice <input type="checkbox"/> Une lettre complétée par le registraire de votre Ordre professionnel confirmant votre statut de membre <input type="checkbox"/> Une attestation d'emploi, au cours des cinq dernières années, dans le même secteur d'activité pour lequel vous faites une demande d'admission (exigence d'un minimum de 700 heures) <input type="checkbox"/> Le formulaire de décisions disciplinaire et judiciaires rendues au Québec et hors Québec (formulaire AAE-08) complété	<input type="checkbox"/> Les frais rattachés à l'analyse de votre dossier (183,96 \$) <input type="checkbox"/> Une copie de votre carte de membre de l'ACTRM ou une copie d'une autre association canadienne <input type="checkbox"/> Une copie certifiée de votre diplôme d'étude ou un original de votre bulletin indiquant que le diplôme est obtenu, ou une lettre originale de l'institution académique confirmant la réussite du programme <input type="checkbox"/> Une copie de l'attestation de réussite de l'examen de l'ACTRM <input type="checkbox"/> Une attestation d'emploi, au cours des cinq dernières années, dans le même secteur d'activité pour lequel vous faites une demande d'admission (exigence d'un minimum de 700 heures) <input type="checkbox"/> Le formulaire de décisions disciplinaire et judiciaires rendues au Québec et hors Québec (formulaire AAE-08) complété <input type="checkbox"/> Un formulaire de transfert de dossier complété par l'association dont vous êtes membre

MODE DE PAIEMENT

<input type="checkbox"/> Chèque/Mandat poste	<input type="checkbox"/> Visa	<input type="checkbox"/> Master Card	Montant : _____																				
Numéro			Date d'échéance Code de sécurité à 3 chiffres																				
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> </tr> </table>																							
<table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 60%; border-top: 1px solid black; height: 30px;"></td> <td style="width: 40%; border-top: 1px solid black; height: 30px;"></td> </tr> <tr> <td>Nom du détenteur de cette carte (lettres moulées) :</td> <td style="text-align: right;">Signature du détenteur</td> </tr> </table>						Nom du détenteur de cette carte (lettres moulées) :	Signature du détenteur																
Nom du détenteur de cette carte (lettres moulées) :	Signature du détenteur																						

RÉSERVÉ À L'OTIMROEPMQ

Date de la réception du formulaire :	
Paiement reçu	
Évaluation du dossier par la directrice de l'admission	<input type="checkbox"/> Dossier accepté <input type="checkbox"/> Dossier refusé