



# AMC

## Demande d'adhésion pour l'année 2011

Association de musicothérapie du Canada  
Adresse postale:  
110 Cumberland Street, Suite #320  
Toronto, ON  
M5R 3V5  
1-800-996-CAMT (au Canada)  
416-944-0421  
Fax: 416-944-0431  
camt@musictherapy.ca  
www.musictherapy.ca

Types d'adhésion (cochez s.v.p.)		après le 30 nov. 2010		<b>SVP faire votre chèque à l'attention de :</b> Association de musicothérapie du Canada  Les résidents de l'extérieur du Canada, doivent ajouter \$15.00 et envoyer le total en argent canadien. Les frais de \$20 pour les réinscriptions après le 30 novembre, ne s'appliquent pas aux nouveaux adhérents.  <b>DES FRAIS DE \$20.00 SERONT EXIGÉS POUR LES CHÈQUES CSF</b>
	MTA	175\$	195\$	
	MTA – R/I	60\$	80\$	
	MTA Étudiant	75\$	95\$	
	MT Interne	60\$	80\$	
	Membre-Associé	125\$	145\$	
	Étudiant	60\$	80\$	
	Corporatif	330\$	350\$	

**RENSEIGNEMENTS PERSONNELS – les informations seront incluses dans le bottin électronique des membres**

Nom	Lettres de créance
Adresse	Ville Province Code postal
Téléphone (résidence)	Téléphone (travail) Télécopieur
Courriel	

**Membre MTA seulement – SVP Indiquer si vous êtes travailleur autonome ou le nom et l'adresse de votre employeur**

Nom de l'employeur	Je suis musicothérapeute à mon compte. [ ]
Adresse	Nom du bureau privé
Ville Province Code postal	

**Conseil d'administration et comités de l'AMC**

[ ] je suis intéressé(e) à m'impliquer au sein du C.A. de l'AMC  
 [ ] je suis intéressé(e) à m'impliquer dans les comités  
 [ ] je suis intéressé(e) à m'impliquer dans le comité de révision pour l'accréditation

**Publications: veuillez sélectionner les items que vous aimeriez recevoir par la poste au lieu de par courriel**

Bulletin       Revue       Bottin des membres

**Cochez la clientèle et le groupe d'âge qui représentent le mieux le domaine de votre pratique clinique (Max.2):**

[ ] gériatrie	[ ] retard de développement	[ ] abus	<u>groupe d'âge</u>	[ ] nourrissons/enfants
[ ] soins palliatifs	[ ] traumatisme crânien	[ ] santé mentale		[ ] adolescents
[ ] déficits moteurs	[ ] désordres neurologiques	[ ] Autre		[ ] adultes

**Autant que possible je désire correspondre en: [ ] français [ ] anglais**

**Code de déontologie: tous ceux qui veulent devenir membres de l'AMC doivent signer ce qui suit :**  
 J'ai lu et je souscris aux règlements généraux et au code de déontologie de l'AMC

Date: \_\_\_\_\_ Signature: \_\_\_\_\_

Si vous préférez effectuer votre paiement avec la carte VISA:	Montant: \$ _____
Numéro de carte VISA _____	Date d'expiration: _____
Signature: _____	Date: _____
PAYPAL: _____	