



## FORMULAIRE D'ADHÉSION

### Statut :

Régulier

Nouvellement diplômé  
(moins d'un an)

1<sup>ère</sup> adhésion à la CZQ

Renouvellement CZQ \_\_\_\_\_ (votre numéro de membre)

### Abonnement aux envois par courriel :

J'accepte de recevoir les courriels envoyés par la CZQ

Je refuse

### Informations personnelles :

*(Dans le cas d'un renouvellement, compléter uniquement Nom et Prénom et les modifications survenues depuis votre dernière inscription.)*

Salutation :  Madame  Monsieur

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ App.: \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ Province : \_\_\_\_\_ Code Postal : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Courriel : \_\_\_\_\_

### Coordonnées professionnelles en lien avec la zoothérapie :

*(Ces informations seront celles affichées dans le bottin des membres)*

Nom de votre entreprise : \_\_\_\_\_

Site Internet : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Courriel : \_\_\_\_\_

### Formation en zoothérapie :

Établissement :

Nombre d'heures :

Date d'obtention du  
diplôme (aaaa/mm/jj) :

Cégep de La Pocatière

\_\_\_\_\_ h \_\_\_\_\_

Centre l'Authentique

\_\_\_\_\_ h \_\_\_\_\_

École Internationale de Zoothérapie

\_\_\_\_\_ h \_\_\_\_\_

Institut de Zoothérapie du Québec

\_\_\_\_\_ h \_\_\_\_\_

Zoothérapie Québec

\_\_\_\_\_ h \_\_\_\_\_

Nombre d'heures de formation continue complémentaire en lien avec la zoothérapie cumulées jusqu'à maintenant : \_\_\_\_\_ h *(Des justificatifs de vos formations continues pourront éventuellement vous être demandés)*



Autre profession : \_\_\_\_\_

Êtes-vous inscrit(e) à un ordre, une association ou un autre regroupement :  Oui  Non

Si oui, précisez : \_\_\_\_\_

### Informations complémentaires :

Désirez-vous que votre nom apparaisse dans le bottin des membres sur notre site Internet ?

Oui  Non

Veillez cocher la région (une seule) dans laquelle vous désirez être inscrit(e) et/ou recevoir les offres de contrat :

<input type="checkbox"/> Abitibi-Témiscamingue	<input type="checkbox"/> Bas St-Laurent	<input type="checkbox"/> Centre-du-Québec	<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"/> Hors Québec
<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"/> Montréal Est de l'île	<input type="checkbox"/> Montréal Ouest de l'île
<input type="checkbox"/> Nord-du-Québec	<input type="checkbox"/> Outaouais	<input type="checkbox"/> Québec	<input type="checkbox"/> Rive-Nord de Montréal
<input type="checkbox"/> Rive-Sud de Montréal	<input type="checkbox"/> Saguenay-Lac-St-Jean		

### Clientèle :

<input type="checkbox"/> Enfant	<input type="checkbox"/> Adolescent	<input type="checkbox"/> Adulte	<input type="checkbox"/> Personne âgée
---------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------	--

### Expertise:

<input type="checkbox"/> Déficience intellectuelle	<input type="checkbox"/> Difficultés / troubles d'apprentissage
<input type="checkbox"/> Maladies dégénératives	<input type="checkbox"/> Personne en perte d'autonomie
<input type="checkbox"/> Réadaptation physique	<input type="checkbox"/> Soins palliatifs
<input type="checkbox"/> Troubles anxieux et de l'humeur	<input type="checkbox"/> Troubles cognitifs
<input type="checkbox"/> Troubles comportementaux	<input type="checkbox"/> Troubles de dépendance
<input type="checkbox"/> Troubles du langage / de la parole	<input type="checkbox"/> Troubles du spectre autistique
<input type="checkbox"/> Troubles de la personnalité / psychotiques	<input type="checkbox"/> Tout autre trouble
<input type="checkbox"/> Trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité	<input type="checkbox"/> Général



**Milieu d'intervention :**

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> À domicile         | <input type="checkbox"/> Bureau privé    | <input type="checkbox"/> Centre de jour |
| <input type="checkbox"/> C.H.S.L.D          | <input type="checkbox"/> École           | <input type="checkbox"/> Hôpital        |
| <input type="checkbox"/> Maison de retraite | <input type="checkbox"/> Milieu carcéral | <input type="checkbox"/> Autre : _____  |

**Animaux que vous utilisez pour vos interventions en zoothérapie :**

- |   |                                   |                                   |
|---|-----------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Chats            | <input type="checkbox"/> Chevaux  | <input type="checkbox"/> Chiens   |
| <input type="checkbox"/> Oiseaux          | <input type="checkbox"/> Reptiles | <input type="checkbox"/> rongeurs |
| <input type="checkbox"/> Autre(s) : _____ |                                   |                                   |

**Vous avez connu la CZQ par :**

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Votre établissement de formation | <input type="checkbox"/> Un membre CZQ              | <input type="checkbox"/> Une publicité CZQ |
| <input type="checkbox"/> Une représentation CZQ           | <input type="checkbox"/> Le site Internet de la CZQ | <input type="checkbox"/> Autre : _____     |



## Assurances :

Cf. point 2.8 du code de déontologie de la CZQ **“Le zootherapeute doit fournir une preuve de couverture d’assurance de responsabilité civile et professionnelle lorsqu’il exerce sa profession”**.

Je suis déjà inscrit(e) à l’assurance groupe CZQ

Je désire souscrire à l’assurance groupe CZQ

*Vous recevrez les formulaires à remplir par courriel. La CZQ communiquera avec le courtier afin de lui confirmer que vous êtes bien membre. Il sera de votre responsabilité de communiquer ensuite directement avec le courtier et de régler votre cotisation d’assurance annuellement auprès de ce dernier.*

*Veillez prendre note que cette assurance est en lien direct avec votre adhésion. Il est donc important de renouveler votre adhésion à la CZQ avant le terme afin que votre assurance en cours reste valide. Aucune réclamation ne pourra être faite si votre adhésion à la CZQ est expirée.*

Non, je ne souscris pas à l’assurance groupe CZQ, car j’ai une autre assurance professionnelle qui me couvre, en responsabilité civile et erreur et omission, pour mes interventions en zoothérapie.

Nom de la compagnie d’assurances : \_\_\_\_\_

Non, je ne souscris pas à l’assurance groupe CZQ, car je n’exerce pas en zoothérapie.

**Je m’engage en tant que membre de la CZQ à toujours exercer sous couvert d’une assurance professionnelle responsabilité civile et erreur et omission pour mes interventions en zoothérapie.**

Votre nom en lettres moulées : \_\_\_\_\_

## Déclaration sur l’honneur :

Je, soussigné(e), \_\_\_\_\_

domicilié(e) à \_\_\_\_\_ déclare sur l’honneur n’avoir aucun

dossier judiciaire et n’avoir reçu aucun blâme de la part d’une association ou d’une corporation

professionnelle.

J’ai aussi pris connaissance du code de déontologie de la CZQ et m’engage à le respecter ainsi que ses mises à jour (<http://corpozootheapeute.com/code-deontologie-czq.pdf>).

\_\_\_\_\_  
(Date)

\_\_\_\_\_  
(Signature)



### Coût de l'adhésion :

- Membre régulier : 180.00 \$ (valable pour l'année calendrier en cours, jusqu'au 31 décembre 2018)
- Membre nouvellement diplômé : 90.00 \$ (diplômé depuis moins d'un an) (valable pour l'année en cours, jusqu'au 31 décembre 2018)

La date de renouvellement est le 1<sup>er</sup> janvier 2019.

### Documents à joindre avec votre demande :

- Pour un membre régulier / nouvellement diplômé :
- ✓ Votre formulaire dûment rempli (merci de télécharger la dernière version en ligne s.v.p.) ;
- ✓ Une copie de **vosre diplôme (EIZ) / attestation (autres) de formation complétée et réussie obtenu d'un établissement reconnu par la CZQ** ainsi qu'un **justificatif du nombre d'heures de votre formation**. Le relevé de notes n'est pas accepté ;
- ✓ Si vous ne souscrivez pas à l'assurance groupe CZQ, une preuve d'assurance ;
- ✓ Votre engagement à exercer assuré(e) et votre déclaration sur l'honneur signée ;
- ✓ Votre paiement par INTERAC à l'adresse [comptabilite@corpozootheapeute.com](mailto:comptabilite@corpozootheapeute.com) – ensuite un courriel à la même adresse avec votre nom et la raison de votre paiement ET le mot de passe.
- ✓ Votre carte d'affaires afin que nous puissions l'intégrer au bottin papier de la CZQ (facultatif).

### Retournez les documents dûment remplis à :

[adhesion@corpozootheapeute.com](mailto:adhesion@corpozootheapeute.com)

*La CZQ confirmera votre adhésion par courriel et vous fera, par la suite, parvenir votre carte de membre accompagnée d'un reçu.*

*Pour les nouveaux membres : vous recevrez les documents nécessaires par la poste (incluant votre numéro de membre) dès que nous aurons reçu votre paiement de cotisation ainsi que tous les documents mentionnés ci-haut.*