



## FORMULAIRE D'ADHÉSION

### Statut :

- Régulier
- Nouvellement diplômé (moins d'un an) ou 1<sup>ère</sup> adhésion (en tant que professionnel)
- Renouvellement-Étudiant (formation supérieure à 500 heures)

- 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) :
<input type="checkbox"/> Cégep de La Pocatière	_____ h	_____
<input type="checkbox"/> Centre l'Authentique	_____ h	_____
<input type="checkbox"/> École Internationale de Zoothérapie	_____ h	_____
<input type="checkbox"/> Institut de Zoothérapie du Québec	_____ h	_____
<input type="checkbox"/> 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 (trois expertises principales) :

<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 :**

- À domicile                       Bureau privé                       Centre de jour  
 C.H.S.L.D                       École                       Hôpital  
 Maison de retraite                       Milieu carcéral                       Autre : \_\_\_\_\_

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

- Chats                       Chevaux                       Chiens  
 Oiseaux                       Reptiles                       Rongeurs  
 Autre(s) : \_\_\_\_\_

**Vous avez connu la CZQ par :**

- Votre établissement de formation                       Un membre CZQ                       Une publicité CZQ  
 Une représentation CZQ                       Le site Internet de la CZQ                       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 (offre non accessible aux étudiants)

*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.

Non, je ne souscris pas à l'assurance groupe CZQ, car je suis étudiant(e) en zoothérapie et j'ai une garantie de couverture par mon établissement de formation lors de mes pratiques.

**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 : 140.00 \$
- Membre nouvellement diplômé : 70.00 \$ (diplômé depuis moins d'un an et 1<sup>ère</sup> adhésion en tant que professionnel)
- Membre étudiant : 25.00 \$ (formation supérieure à 500 heures)

### 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 **vos** **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 (carte de crédit ou chèque libellé à l'ordre de la Corporation des Zoothérapeutes du Québec) ;
  - ✓ Votre carte d'affaires afin que nous puissions l'intégrer au bottin papier de la CZQ (facultatif).
  
- Pour un membre étudiant :
  - ✓ Votre formulaire dûment rempli (merci de télécharger la dernière version en ligne s.v.p.) ;
  - ✓ **Une preuve de votre statut étudiant en zoothérapie dans une formation supérieure à 500 heures**. La preuve fournie DOIT démontrer votre fréquentation dans un des établissements reconnus par la CZQ au moment de votre demande d'adhésion ;
  - ✓ Votre engagement à faire vos pratiques/stages sous couvert d'une assurance et votre déclaration sur l'honneur signée ;
  - ✓ Votre paiement (carte de crédit ou chèque libellé à l'ordre de la Corporation des Zoothérapeutes du Québec).

### Retournez le tout dûment rempli à :

Corporation des Zoothérapeutes du Québec  
2030 Boulevard Pie-IX, bureau 403  
Montréal, Québec  
H1V 2C8

*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.*