



### IDENTITÉ ET RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Prénom : \_\_\_\_\_ Nom de famille : \_\_\_\_\_ Initiale : \_\_\_\_\_

Sexe :  femme  homme  Je préfère ne pas le divulguer  Je m'identifie au sexe suivant : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ Courriel privilégié : \_\_\_\_\_

#### Adresse principale

Type :  maison  travail

Nom de l'entreprise/de l'édifice : \_\_\_\_\_

Adresse civique : \_\_\_\_\_ App./bur. : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Prov. : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_ Pays : \_\_\_\_\_

#### Autre adresse

Type :  maison  travail

Nom de l'entreprise/de l'édifice : \_\_\_\_\_

Adresse civique : \_\_\_\_\_ App./bur. : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Prov. : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_ Pays : \_\_\_\_\_

#### Renseignements supplémentaires

Adresse courriel supplémentaire : \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone principal : \_\_\_\_\_ Type :  maison  cellulaire  travail

Autre numéro de téléphone : \_\_\_\_\_ Type :  maison  cellulaire  travail

Langue première :  français  anglais

### RENSEIGNEMENTS SCOLAIRES

Programme d'études :  Aide en santé de la communication  Autre : \_\_\_\_\_

Où étudiez-vous? :  Canada  Autre : \_\_\_\_\_

Établissement universitaire : \_\_\_\_\_

Type de grade/diplôme :  Diplôme  Premier cycle  
 Diplôme d'études supérieures  Maîtrise  
 Maîtrise/Ph. D. combinés  Ph. D.  
 Doctorat clinique  Autre : \_\_\_\_\_

Année d'obtention du diplôme : \_\_\_\_\_ Abréviation du grade/diplôme : \_\_\_\_\_

### PRÉFÉRENCES DE COMMUNICATIONS

#### Renseignements à propos des professions et de l'Association

À titre d'association professionnelle nationale des orthophonistes, des audiologistes et des aides en santé de la communication, OAC envoie des communications périodiques aux membres et aux associés sur divers sujets, notamment : les nouveaux énoncés de position, les prochains événements de perfectionnement professionnel, les mises à jour sur les activités des comités et les actualités en défense des intérêts.

Oui, je souhaite recevoir les mises à jour par courriel d'OAC.

#### Renseignements à propos des publicités payées

Les recettes de publicité appuient les programmes d'OAC et aident à limiter les droits d'adhésion. OAC met parfois sa liste des membres et des associés, qui ont consenti à recevoir les renseignements à propos des publicités payées, à la disposition des organisations/sociétés offrant des produits et des services d'intérêt à nos membres. Nous revoyons le contenu de ces envois et ne partageons que les adresses électroniques pour utilisation unique. Nous pouvons également parfois envoyer un courriel au nom de ces organisations/sociétés, **mais nous ne partageons jamais les adresses électroniques des membres et des associés d'OAC.**

Oui, j'accepte d'être inclus dans cette liste.

#### Avis SMS d'importantes mises à jour d'OAC

Le courriel est notre principale forme de communication avec les membres et les associés d'OAC. Cependant, les messages texte (ou « textos ») constituent une autre façon de recevoir les mises à jour occasionnelles et importantes d'OAC sur des questions assujetties au temps, notamment votre statut d'adhésion ou de certification et l'assemblée annuelle des membres.

Oui, j'accepte de recevoir la mise à jour occasionnelle d'OAC par SMS (veuillez noter que les tarifs de messagerie standard peuvent s'appliquer).

Numéro de téléphone pour les messages texte : \_\_\_\_\_

## RENSEIGNEMENTS SUR LA MEMBRIÉTÉ

Veillez confirmer que vous respectez les exigences de la catégorie d'adhésion définie ci-dessous :

Inscrit à temps plein à un programme d'études canadien reconnu d'aide en santé de la communication (en orthophonie et/ou audiologie).

Droit d'adhésion : gratuit

Veillez nous faire parvenir par la poste votre demande à :

Orthophonie et Audiologie Canada  
#1000 – rue 1 Nicholas Ottawa (ON) K1N 7B7

De plus amples renseignements à : [www.oac-sac.ca](http://www.oac-sac.ca)

### Contactez-nous :

Tél: 1.800.259.8519

Ligne directe : 613.567.9968 ext. 215

Questions? [adhesion@sac-oac.ca](mailto:adhesion@sac-oac.ca)

## ATTESTATION

*Je conviens de respecter les règlements administratifs d'Orthophonie et Audiologie Canada (OAC), son code de déontologie et ses politiques. À titre de membre ou d'associé d'OAC de bonne foi, si j'ai été inculpé d'une infraction à la législation ou à la réglementation qui, selon le conseil d'administration, porterait atteinte à la réputation de la profession d'orthophonie ou d'audiologie, je conviens, sans réserve ni exception, d'autoriser OAC à refuser/annuler l'adhésion et de remettre à titre de membre ou d'associé toute cotisation déjà versée ou le paiement des dommages réels, y compris les coûts et les dépenses ayant permis de porter le litige devant le tribunal pour recouvrer pareils dommages. Je conviens de payer à OAC la totalité des droits de mon adhésion annuelle (sujet aux politiques de remboursement d'OAC) comme indiqué sur ma facture ci-dessus. J'aviserai OAC si mon statut change.*

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

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

(jj/mm/aaaa)