



Formulaire d'adhésion pour étudiant (e)

INSCRIRE EN LETTRE MOULÉES

M. Mme Me. Mlle

_____ Date de naissance (aa/mm/jj)

M F

COORDONÉES – RÉSIDENCE

_____ Surnom Prénom Initiale

_____ App Numéro & rue Ville Province Code postale

_____ Téléphone Courriel

LANGAGE PRÉFÉRÉ DE CORRESPONDANCE

Français Anglais

DISCIPLINE

Radiodiagnostic Radio-oncologie Médecine nucléaire
 Électrophysiologie médicale Échographie

_____ Nom du programme d'éducation / centre

_____ Le programme débute (année/mois)

_____ Date de la fin des études (année/mois)

_____ Date de soumission