



Association des
sexologues du
Québec

7400, boul. Saint-Laurent, bureau 404
Montréal (Québec) H2R 2Y1
Tél. : 514 270-9289

FORMULAIRE D'ADHÉSION

- * 350 \$ Membre régulier
- * 210 \$ Membre candidat à la profession M.A. (c) (pour les deux premières années avec preuve d'inscription)
- * 45 \$ Membre étudiant (avec preuve d'inscription)
- * 100 \$ Membre à statut particulier (vous ne pouvez excéder 2 année à ce statut)
↳ indiquer la catégorie du statut particulier : retraité apparenté autre _____

\$		<u>COTISATION À PAYER :</u>	_____
\$	* <input type="checkbox"/>	Assurance responsabilité professionnelle (275\$ + 9% taxe) 299,75\$	+ _____
		Du 1 ^{er} avril au 31 mars (l'assurance est facultative, mais fortement recommandée)	
	<input type="checkbox"/>	Frais d'ouverture de dossier (nouveaux membres étudiants) 10\$	+ _____
	<input type="checkbox"/>	Frais d'ouverture de dossier (nouveaux membres) 50\$	+ _____
		<u>Total de la cotisation :</u>	+ _____
		+	
	<input type="checkbox"/>	Assurance de resp. professionnelle (275\$ + 9% taxe) 299,75\$ (l'assurance est facultative, mais très recommandée)	+ _____
		=	
		<u>MONTANT TOTAL :</u>	+ _____

SVP faire votre chèque à l'attention de l'Association des sexologues du Québec

VOUS DEVEZ RÉPONDRE À CETTE QUESTION

AVEZ-VOUS FAIT L'OBJET D'UNE DÉCISION D'UN TRIBUNAL CANADIEN OU ÉTRANGER VOUS DÉCLARANT COUPABLE D'UNE INFRACTION CRIMINELLE ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
---	------------------------------	------------------------------

En signant ce formulaire de renouvellement d'adhésion, je m'engage formellement à agir selon les dispositions du Code de déontologie et des règlements généraux de l'Association des sexologues du Québec et selon toute modification qui pourra y être apportée par la suite.

Je soussigné, déclare que les renseignements fournis sur ce formulaire sont exacts et ont pour objet d'établir l'éligibilité de mon admission ou de mon renouvellement de cotisation à l'Association des sexologues du Québec. Il est entendu que ces renseignements demeurent strictement confidentiels. Je reconnais que toute déclaration fautive ou trompeuse peut être la cause d'un refus d'admission ou d'un refus de renouvellement de cotisation.

J'accepte les conditions d'adhésion de l'Association des sexologues du Québec

Signature obligatoire

Date

RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Nom _____ Prénom : _____ Date de naissance _____

Adresse domicile : _____ Ville : _____

Province : _____ Code postal _____

Numéro de téléphone domicile (_____) _____ Numéro cellulaire (_____) _____

Numéro de télécopieur : (_____) _____ Courrier électronique : _____

Sexe : Féminin Masculin Statut au Canada : _____

Langue parlée : Français Anglais Espagnol Autre _____

Date d'obtention du diplôme _____ Titre du mémoire : _____

Précisez le programme (si équivalence) : _____

Diplôme en voie d'obtention : oui Date prévue d'obtention _____

Autre diplôme : _____

DOCUMENTS À FOURNIR POUR LES NOUVEAUX MEMBRES :

- Copie des relevés de notes du baccalauréat et de la maîtrise:
- Copie des diplômes du baccalauréat et de la maîtrise (ou attestation de fin d'études si diplôme non reçu) :
- Attestation de vos expériences pertinentes en sexologie - Curriculum vitae : - Photo récente :

POUR CHACUN DE VOS MILIEUX DE TRAVAIL, NOUS VOUS PRIONS D'UTILISER CETTE LISTE POUR REMPLIR LES CASES APPROPRIÉES

RÉGIONS

- 01 : Bas St-Laurent
- 02 : Saguenay-Lac St-Jean
- 03 : Capitale-Nationale
- 04 : Mauricie
- 05 : Estrie
- 06 : Montréal
- 07 : Outaouais
- 08 : Abitibi-Témiscamingue
- 09 : Côte-Nord
- 10 : Nord du Québec
- 11 : Gaspésie –Îles-de-la-Madeleine
- 12 : Chaudière- Appalaches
- 13 : Laval
- 14 : Lanaudière
- 15 : Laurentides
- 16 : Montérégie
- 17 : Centre du Québec
- 18 : Hors Québec

QUARTIERS DE MONTRÉAL

- M1- Ouest de l'île : (à l'ouest de Dorval, Dollard-des-Ormeaux)
- M2- St-Laurent
- M3- Lachine
- M4- Côte St-Luc (Montréal Ouest, Hampstead)
- M5- LaSalle, Verdun, Sud-ouest
- M6- Côte des neiges, Westmount
- M7- Ville-Marie
- M8- Le plateau Mont-Royal
- M9- Outremont, Mont-Royal
- M10- Ahuntsic-Cartierville
- M11- Villeray-St-Michel-Parc-Extension
- M12- Rosemont-La Petite-Patrie
- M13- Mercier-Hochelaga-Maisonneuve
- M14- Saint-Léonard
- M15- Montréal-Nord
- M16- Est de la Ville (Anjou, Montréal-Est, Rivière-des-Prairies-Point-aux-Trembles)

RENSEIGNEMENTS SUR VOTRE MILIEU DE TRAVAIL

ADRESSE DE BUREAU NO. 1

1) Inscrit sur le site Web de l'ASQ 2) Inscrit dans le répertoire de l'ASQ

Statut d'emploi : Travailleur autonome : , employé(e) : temps plein , temps partiel , contrat

Raison sociale _____

Type d'institution si employé(e) Centre jeunesse, CLSC, Psychiatrie, Milieu scolaire,
Communautaire Santé, Autre : _____

Champs d'activité si autre que sexologue Direction, Enseignement, Supervision, Autre : _____

Adresse _____ Ville _____

Province _____ C.P. _____ Région : _____ Quartier M _____ (choisir avec la liste en page 2)

No de téléphone () _____ No. de télécopieur () _____

Courriel _____ Site Web _____

ADRESSE DE BUREAU NO. 2

1) Inscrit sur le site Web de l'ASQ 2) Inscrit dans le répertoire de l'ASQ

Statut d'emploi : Travailleur autonome : , employé(e) : temps plein , temps partiel , contrat

Raison sociale _____

Type d'institution si employé(e) Centre jeunesse, CLSC, Psychiatrie, Milieu scolaire,
Communautaire Santé, Autre : _____

Champs d'activité si autre que sexologue Direction, Enseignement, Supervision, Autre : _____

Adresse _____ Ville _____

Province _____ C.P. _____ Région : _____ Quartier M _____ (choisir avec la liste en page 2)

No de téléphone () _____ No. de télécopieur () _____

Courriel _____ Site Web _____

ADRESSE DE BUREAU NO. 3

1) Inscrit sur le site Web de l'ASQ 2) Inscrit dans le répertoire de l'ASQ

Statut d'emploi : travailleur autonome : , employé(e) : temps plein , temps partiel , contrat

Raison sociale _____

Type d'institution si employé(e) Centre jeunesse, CLSC, Psychiatrie, Milieu scolaire,
Communautaire Santé, Autre : _____

Champs d'activité si autre que sexologue Direction, Enseignement, Supervision, Autre : _____

Adresse _____ Ville _____

Province _____ C.P. _____ Région : _____ Quartier M _____ (choisir avec la liste en page 2)

No de téléphone () _____ No. de télécopieur () _____

Courriel _____ Site Web _____

RENSEIGNEMENTS VOTRE PRATIQUE

Clientèles

Enfants	<input type="checkbox"/>	\Rightarrow	Individuel	Groupe <input type="checkbox"/>
Adolescents	<input type="checkbox"/>	\Rightarrow	Individuel <input type="checkbox"/> Couple <input type="checkbox"/>	Groupe <input type="checkbox"/>
Adultes	<input type="checkbox"/>	\Rightarrow	Individuel <input type="checkbox"/> Couple <input type="checkbox"/>	Groupe <input type="checkbox"/>
Aînés	<input type="checkbox"/>	\Rightarrow	Individuel <input type="checkbox"/> Couple <input type="checkbox"/>	Groupe <input type="checkbox"/>

Consultations cliniques

Abus sexuels	<input type="checkbox"/>	\Rightarrow	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 80%;">Abuseur</td> <td style="width: 20%;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Victime d'abus</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Abuseur	<input type="checkbox"/>	Victime d'abus	<input type="checkbox"/>								
Abuseur	<input type="checkbox"/>														
Victime d'abus	<input type="checkbox"/>														
Dysfonctions sexuelles	<input type="checkbox"/>	\Rightarrow	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>Compulsivité sexuelle</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Dyspareunie</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Éjaculation précoce</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Trouble de désir</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Trouble érectile</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Vaginisme</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </table>	Compulsivité sexuelle	<input type="checkbox"/>	Dyspareunie	<input type="checkbox"/>	Éjaculation précoce	<input type="checkbox"/>	Trouble de désir	<input type="checkbox"/>	Trouble érectile	<input type="checkbox"/>	Vaginisme	<input type="checkbox"/>
Compulsivité sexuelle	<input type="checkbox"/>														
Dyspareunie	<input type="checkbox"/>														
Éjaculation précoce	<input type="checkbox"/>														
Trouble de désir	<input type="checkbox"/>														
Trouble érectile	<input type="checkbox"/>														
Vaginisme	<input type="checkbox"/>														
Paraphilies	<input type="checkbox"/>	\Rightarrow	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>Fétichisme</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Paraphilies non spécifiées</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Pédophilie</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Sadomasochisme</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Travestisme / Fétichiste</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Voyeurisme / Exhibitionnisme</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </table>	Fétichisme	<input type="checkbox"/>	Paraphilies non spécifiées	<input type="checkbox"/>	Pédophilie	<input type="checkbox"/>	Sadomasochisme	<input type="checkbox"/>	Travestisme / Fétichiste	<input type="checkbox"/>	Voyeurisme / Exhibitionnisme	<input type="checkbox"/>
Fétichisme	<input type="checkbox"/>														
Paraphilies non spécifiées	<input type="checkbox"/>														
Pédophilie	<input type="checkbox"/>														
Sadomasochisme	<input type="checkbox"/>														
Travestisme / Fétichiste	<input type="checkbox"/>														
Voyeurisme / Exhibitionnisme	<input type="checkbox"/>														
Troubles de l'identité sexuelle	<input type="checkbox"/>														
Troubles de l'orientation sexuelle	<input type="checkbox"/>														

Approches cliniques

Existentielle	<input type="checkbox"/>	Sexocorporel	<input type="checkbox"/>
Cognitivo-behaviorale	<input type="checkbox"/>	Systemique	<input type="checkbox"/>
Sexoanalytique	<input type="checkbox"/>		

Champs d'expertises

Animation de groupe	<input type="checkbox"/>	Éducation à la sexualité	<input type="checkbox"/>
Conférence	<input type="checkbox"/>	Évaluation	<input type="checkbox"/>
Croissance personnelle	<input type="checkbox"/>	Évaluation sexo médicale	<input type="checkbox"/>
Enseignement	<input type="checkbox"/>	Consultant expert	<input type="checkbox"/>
Expertise sexo légale	<input type="checkbox"/>	Relation d'aide	<input type="checkbox"/>
Planning	<input type="checkbox"/>	Supervision clinique	<input type="checkbox"/>
Grossesse et ménopause	<input type="checkbox"/>	Handicap physique	<input type="checkbox"/>
Déficience intellectuelle	<input type="checkbox"/>	Personne atteinte cancer	<input type="checkbox"/>
Médias	<input type="checkbox"/>	Autre : _____	

Intérêts particuliers
