



## FORMULAIRE D'INSCRIPTION

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_  
Date de naissance \_\_\_\_\_ Profession \_\_\_\_\_  
État civil \_\_\_\_\_ Enfants (âge/nombre) \_\_\_\_\_  
Langue maternelle \_\_\_\_\_ autres langues \_\_\_\_\_  
Adresse \_\_\_\_\_  
Ville \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_  
Province \_\_\_\_\_ Pays \_\_\_\_\_  
Téléphone résidence \_\_\_\_\_ Cellulaire \_\_\_\_\_  
Téléphone travail \_\_\_\_\_ Poste \_\_\_\_\_  
Courriel \_\_\_\_\_  
J'ai été référé par : \_\_\_\_\_

### OBJECTIFS VISÉS EN SUIVANT CES COURS

Professionnel                       Familial                       Personnel  
Quels objectifs visez-vous en suivant ces cours ? Détaillez votre réponse.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Choix de formation

- Naturopathie                       Naturothérapeute                       Nutrithérapie  
 Phyto-aromathérapie                       Homéopathie                       Ethnomédecine  
 Thérapies manuelles et énergétiques                       Qi gong  
 Hydrothérapeute du côlon                       Naturothérapeute animalier  
 Étudiant libre en \_\_\_\_\_

### Ateliers spécifiques

- Monodiètes                       Pyramides alimentaires  
 Interactions Médicaments/PSN/Aliments                       Alimentation animale  
 Pathologies intestinales                       Aromathérapie  
 Massage bébé                       Cuisine saine  
 Massage sur chaise                       Soins des pieds  
 Réalisation d'un objectif (PNL)                       Roue de la médecine  
 Technique de Liberté Émotionnelle (PNL)                       autre : \_\_\_\_\_

FORMATION  
CLINIQUE  
RECHERCHE



450 rue Beaubien  
Montréal, Québec  
Canada H2S 1S1  
Tél. 514-271-4022  
Fax. 514-374-6660  
info@iirhb.org

## DOCUMENTS REQUIS

- Curriculum vitae à jour (informations civiles / académiques / expérience)
- 2 photos récentes (format passeport)
- Copies de vos diplômes et bulletins de note
- Chèque de 50,00\$ pour ouverture de dossier

## Engagement

Je m'engage à suivre le règlement de l'école et les modalités de fonctionnement dont j'ai pris connaissance (toujours disponible au [www.institutdesante.org](http://www.institutdesante.org)).

Si je décide d'arrêter mes cours pour des raisons personnelles, j'aviserai **par écrit** l'école afin de fermer mon compte. Les documents et notes de cours suivis et payés resteront ma propriété.

Je m'engage toutefois à ne pas les utiliser sans mentionner l'origine des documents et les coordonnées de l'Institut en référence.

Je choisis de régler ma formation :

- en deux versements,
- par versements mensuels, soit \_\_\_\_\_ versements de \_\_\_\_\_ \$

pour un total de \_\_\_\_\_ \$ (inscription (50\$) incluse).

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

Signature de l'étudiant  
(précédée de la mention :  
"lu et approuvé

Signature du représentant de l'Institut

\_\_\_\_\_

Toute inscription est conditionnelle à l'approbation du conseil pédagogique de l'Institut sur étude du dossier de l'étudiant.



FORMATION  
CLINIQUE  
RECHERCHE



450 rue Beaubien  
Montréal, Québec  
Canada H2S 1S1  
Tél. 514-271-4022  
Fax. 514-374-6660  
[info@iirhb.org](mailto:info@iirhb.org)