**FORMULAIRE DE DEMANDE D’AFFILIATION POUR MEMBRE APPRENTI(E) DE L’ACPS**

**A. Identification :**

|  |  |
| --- | --- |
| Nom de famille : |  |
| Prénom : |  |
| Courriel : |  |
| Adresse : |  |
|  |
| Ville :  | Province : | Code postal : |
| Téléphone : |  |

**B. Bagage éducatif :**

|  |
| --- |
| Établissement universitaire : |
| Description du programme universitaire *(département, type de diplôme, etc.)* :  |
| Date de finalisation : |

**B. Renseignements sur le superviseur :**

**Veuillez noter que votre superviseur doit être un membre professionnel en règle de l'ACPS depuis au moins 5 ans.**

|  |
| --- |
| Nom du superviseur : |
| Date de la confirmation par le superviseur : |

**Veuillez remplir le formulaire ci-dessus et le faire suivre par courriel à connorprimeau.mpc@gmail.com.**

*Dès réception de la demande, du paiement et de la confirmation de l'assurance, votre affiliation d'apprenti sera activée et vous serez inscrit sur le site Web de l'ACPS.*