



Formulaire d'adhésion pour étudiant (e)

INSCRIRE EN LETTRE MOULÉES

M. Mme Me. Mlle

_____ **Date de naissance (aa/mm/jj)**

M F

COORDONNÉES – RÉSIDENCE

Nom de famille	Prénom	Deuxième nom
----------------	--------	--------------

App	Numéro & rue	Ville	Province	Code postale
-----	--------------	-------	----------	--------------

Téléphone	Courriel
-----------	----------

LANGUE PRÉFÉRÉE DE CORRESPONDANCE

Français Anglais

DISCIPLINE

Radiodiagnostic Radio-oncologie Médecine nucléaire
 Résonance magnétique

Nom du programme d'éducation / centre

Le programme débute (année/mois)

Date de la fin des études (année/mois)

Date de soumission