



Société
Québécoise
d'Hypnose

DEMANDE D'ADHÉSION

1- Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : ____ / ____ / ____

Adresse : _____

Téléphone : bur. : _____ télécopieur : _____
rés. : _____ courriel : _____

2- Formation universitaire : psychologie médecine médecine dentaire

| Diplôme | Abréviation M.D. Ph.D. M.Ps. D.D.S. D.M.D. | Université | Année d'obtention |
|---------|--|------------|----------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

3- Formation post-universitaire

| Lieu | Nature de la formation | Dates |
|------|------------------------|-------|
| | | |
| | | |
| | | |

4- Appartenance professionnelle (cochez l'une des cases suivantes)

Ordre des psychologues du Québec

membre licence no _____ non-membre

Collège des médecins du Québec

membre licence no _____ non-membre

Ordre des dentistes du Québec

membre licence no _____ non-membre

Étudiant en :

- psychologie (doctorat)
- médecine (niveau : internat / résidence)
- médecine dentaire

5- Date d'admission à votre ordre professionnel : _____/_____/_____

6- Spécialité s'il y a lieu : _____
Organisme de certification : _____ **date :** _____/_____/_____

7- Poste(s) actuel(s)

- Pratique privée (temps plein) depuis _____
- Pratique privée (temps partiel) depuis _____
- Institution
(hôpital, centre d'accueil, etc.) depuis _____
- Enseignement
(niveau collégial, universitaire) depuis _____
- Recherche depuis _____
- Autre (spécifier) depuis _____

8- Formation de base reçue en hypnose (préalable à la demande d'adhésion)

| Organisme | Formateurs | Nombre d'heures | Date |
|-----------|------------|-----------------|------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

9- Autres formations en hypnose (formation avancée, atelier, etc.)

| Organisme | Formateurs | Nombre d'heures | Date |
|-----------|------------|-----------------|------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

10-Depuis combien d'année(s) utilisez-vous l'hypnose? _____

Nombre approximatif de patients avec lesquels vous avez utilisé l'hypnose : _____

11-Indiquez ci-dessous les applications les plus courantes de l'hypnose dans votre pratique (s'il y a lieu)

12-Compte tenu de votre champ actuel d'activités professionnels, indiquez ce qui vous intéresse particulièrement dans l'hypnose, soit du point de vue de la clinique ou du point de vue de la recherche.

13-Membre de (s'il y a lieu)

- International Society of Hypnosis depuis _____
- Society for Clinical & Experimental Hypnosis depuis _____
- American Society of Clinical Hypnosis depuis _____
- Ontario Society of Clinical Hypnosis depuis _____
- Autres (précisez) depuis _____

- Inclure avec votre formulaire de demande d'adhésion :
 - ♦ copie du permis de pratique de votre ordre professionnel
 - ♦ copie d'attestation(s) officielle(s) signée(s) par le(s) formateur(s) pour chaque atelier de formation à l'hypnose que vous avez suivi. Un atelier de formation de base (30 heures) ou l'équivalent est le minimum requis pour être membre de la SQH.
- Inclure un chèque à l'ordre de la Société québécoise d'hypnose

| | | | | | |
|--|------------|---------------|-----------------------------------|------------|--------------|
| <input type="checkbox"/> professionnel | dossier | 35 \$ | <input type="checkbox"/> étudiant | dossier | 35 \$ |
| | cotisation | <u>100 \$</u> | | cotisation | <u>40 \$</u> |
| | total | 135 \$ | | total | 75 \$ |

Date : _____ signature : _____

Le formulaire, le chèque et les attestations doivent être envoyés à l'adresse suivante :

**Société québécoise d'hypnose
C.P. 55, succ. Saint-Laurent
Montréal (Québec)
H4L 4V4**

| | |
|---|--------------------------|
| À L'USAGE DU COMITÉ D'ADMISSION DE LA S.Q.H | |
| Examineur A | |
| Examineur B | |
| Examineur C | |
| Examineur D | |
| Formulaire reçu le ____/____/____ | Évalué le ____/____/____ |
| <input type="checkbox"/> Cotisation reçue | |
| <input type="checkbox"/> Frais d'étude de dossier reçu | |
| Date de transmission de la réponse au candidat ____/____/____ | |