



# Groupe des infirmières et des infirmiers francophones de l'Ontario

205 – 2, rue Gloucester, Toronto ON M4Y 1L5

Tél. 416-968-6759 • sans frais 1 800-265-4399 • Courriel : info@rifssso.ca • Site Web : www.rifssso.ca/giifo

## FORMULAIRE D'INSCRIPTION

Nom et prénom _____ Adresse _____ Ville _____ Province _____ Code postal _____ Téléphone (domicile) ( ) _____ (bureau) ( ) _____ <b>Courriel</b> _____ Titre/Fonction _____ Employeur _____	<b>ANNÉE D'ADHÉSION: 1 avril 2016 au 31 mars 2017</b> <b>Veillez indiquer :</b> <input type="checkbox"/> nouveau membre <input type="checkbox"/> renouvellement annuel <b>Niveau d'adhésion :</b> (THS incluse) <input type="checkbox"/> actif      30 \$ (IA seulement) <input type="checkbox"/> affilié      25 \$ <input type="checkbox"/> étudiant (e)      15 \$ N° d'inscr. TPS : R128257078 <i>Le bulletin du GIIFO est disponible par courriel et également sur notre site internet — voir notre site.</i>
---	--

### VEUILLEZ CHOISIR UNE RÉPONSE POUR CHAQUE QUESTION

#### 1. STATUT PROFESSIONNEL :

- Infirmier(ère) autorisé(e)       Autre (spécifiez) \_\_\_\_\_ # Certificat de compétence de l'OIIO : # \_\_\_\_\_

#### 2. EMPLOYEUR :

- Hôpital : type \_\_\_\_\_       Bureau de médecin       Santé publique/soins à domicile  
 Collège/ Université       Centre de santé communautaire/ Équipe de santé familiale  
 Consultant / pratique privée en soins infirmiers       Autre (spécifiez) \_\_\_\_\_

#### 3. POSTE :

- Infirmier(ère)/ au chevet des clients       Cadre/ gestionnaire/ directeur(trice)  
 Clinicien(ne)/ consultant(e)       Professeur(e)/ moniteur(trice) en soins infirmiers  
 Autre (spécifiez) \_\_\_\_\_

#### 4. DOMAINE PRIMAIRE DE LA PRATIQUE :

- Soins aux bénéficiaires/ clients       Administration       Enseignement  
 Recherche       Autre (spécifiez) \_\_\_\_\_

#### 5. STATUT D'EMPLOI :

- Temps plein       Temps partiel/ sur appel       Sans emploi/ Retraité

#### 6. NIVEAU D'ÉDUCATION :

- Diplôme collégial (spécifiez) \_\_\_\_\_       Baccalauréat (spécifiez) \_\_\_\_\_       Maîtrise (spécifiez) \_\_\_\_\_  
 Doctorat (spécifiez) \_\_\_\_\_       Autre (spécifiez) \_\_\_\_\_

#### 7. ÊTES-VOUS PRÉSENTEMENT INSCRIT(E) DANS UN PROGRAMME D'ÉDUCATION ?

- Oui     temps plein     temps partiel  
Niveau :  Diplôme en Sciences Infirmières       Baccalauréat (spécifiez) \_\_\_\_\_       Maîtrise (spécifiez) \_\_\_\_\_  
 Doctorat (spécifiez) \_\_\_\_\_       Autre (spécifiez) \_\_\_\_\_  
 Non

#### 8. ÊTES-VOUS MEMBRE DE RAO/ AIIAO ? Oui Non

#### 9. ÊTES-VOUS MEMBRE D'ONA/ AIIO ? Oui Non

**VEUILLEZ REMPLIR LE FORMULAIRE ET LE RETOURNER ACCOMPAGNÉ DE VOTRE CHÈQUE OU MANDAT DE POSTE LIBELLÉ AU NOM DU GIIFO à**

**GIIFO a/s RIFSSSO, 2, rue Gloucester- bureau 205, Toronto (Ontario) M4Y 1L5**

## CATÉGORIE DE MEMBRES

### Membre actif

Est membre actif tout(e) infirmier(ère) autorisé(e) parlant le français et œuvrant en Ontario et qui a payé sa cotisation annuelle en bonne et due forme ;  
Possède le droit de vote sur toutes les questions présentées lors de l'assemblée générale annuelle.

### Membre affilié

Est membre affilié toute personne ayant un intérêt dans la prestation des services de santé en français

### Étudiant(e)

Toute personne inscrite dans un programme de Bacc.Sc.Inf. dans une université canadienne.

**COMPLÉTER LE FORMULAIRE ET LE RETOURNER REMPLI ACCOMPAGNÉ DE VOTRE CHÈQUE (libellé au nom du -> **GIIFO**) :**

Adresse:

**GIIFO a/s RIFSSSO  
205 – 2, rue Gloucester,  
Toronto (Ontario) M4Y 1L5**

### **Veillez noter :**

Conformément à la POLITIQUE SUR LA PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS, le GIIFO/RIFSSSO s'engage à ne pas diffuser vos renseignements personnels à d'autres parties. Les renseignements fournis seront traités pour fins de réseautage et professionnelles uniquement au sein de l'organisme.