



# FORMULAIRE D'ADHÉSION et de RENOUVELLEMENT 2011-2012

REGROUPEMENT DES AUDIOLOGISTES ET DES ORTHOPHONISTES  
TRAVAILLANT EN FRANÇAIS EN ONTARIO (RAOFO)

**Veillez remplir le formulaire et le retourner par la poste**

Nom _____ Prénom _____	
Adresse _____	
Ville _____	Code postal _____ Téléphone (domicile) ( ) _____
Employeur _____	Titre/Fonction _____
Adresse : _____	
Ville _____	Code postal _____
Téléphone (bureau) ( ) _____	Télécopieur ( ) _____ Courriel _____
Veillez indiquer votre préférence de correspondance : <input type="checkbox"/> Domicile <input type="checkbox"/> Travail <input type="checkbox"/> Courriel _____	
<b>PÉRIODE D'ADHÉSION 1<sup>er</sup> avril 2011 au 31 mars 2012</b>	
<b>Veillez indiquer :</b> <input type="checkbox"/> nouveau membre <input type="checkbox"/> renouvellement annuel	<b>PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS :</b> <i>Conformément à la politique sur la protection des renseignements personnels, veuillez remplir ce qui suit :</i>
<b>Niveau et frais d'adhésion :</b> <input type="checkbox"/> statutaire 25 \$ <input type="checkbox"/> associé 15 \$ <input type="checkbox"/> étudiant GRATUIT	<input type="checkbox"/> oui, je veux recevoir des avis d'activités, des bulletins et d'autres informations relatifs à ma profession et/ou au domaine de la santé en général
<b>LES CHÈQUES OU MANDATS POSTAUX DOIVENT ÊTRE ÉMIS AU NOM DU <u>RAOFO a/s RIFSSSO</u></b>	<input type="checkbox"/> oui, j'autorise le RIFSSSO/RAOFO à utiliser mes coordonnées pour fins professionnelles uniquement
	<input type="checkbox"/> oui, j'autorise le RIFSSSO à inscrire mes coordonnées dans la base de données <a href="http://www.cliquezsante.ca">www.cliquezsante.ca</a>

**VEUILLEZ COCHER LES CASES CORRESPONDANTES**

## 1. STATUT PROFESSIONNEL :

- 1. Orthophoniste
- 2. Audiologiste
- 3. Autre (spécifiez) \_\_\_\_\_

## 2. EMPLOYEUR :

- 1. Hôpital : type \_\_\_\_\_
- 2. Centre de réadaptation
- 3. Santé publique/centre de santé communautaire
- 4. Collège/Université
- 5. Milieu scolaire
- 6. Propre compte/pratique privée
- 7. Autre (spécifiez) \_\_\_\_\_

## 3. DOMAINE PRIMAIRE DE LA PRATIQUE :

- 1. Soins directs aux patients
- 2. Administration
- 3. Enseignement
- 4. Recherche
- 5. Autre (spécifiez) \_\_\_\_\_

## 4. STATUT D'EMPLOI :

- 1. Temps plein
- 2. Temps partiel/sur appel
- 3. Sans emploi
- 4. À la retraite (ou semi-retraite)

## 5. NIVEAU D'ÉDUCATION :

- 1. Diplôme collégial (spécifiez) \_\_\_\_\_
- 2. Baccalauréat (spécifiez) \_\_\_\_\_
- 3. Maîtrise (spécifiez) \_\_\_\_\_
- 4. Doctorat (spécifiez) \_\_\_\_\_
- 5. Autre (spécifiez) \_\_\_\_\_

## 6. ÊTES-VOUS MEMBRE DE OAAO\* ?

- oui  non

Autre, spécifiez \_\_\_\_\_

## 7. ÊTES-VOUS MEMBRE D'UNE ASSOCIATION PROFESSIONNELLE?

- oui  non

Si oui, spécifiez \_\_\_\_\_

## 8. ACCEPTERIEZ-VOUS DE VOUS IMPLIQUER PLUS ACTIVEMENT AU SEIN DU RAOFO ?

- oui  non

**ALLOUEZ UN DÉLAI DE 4 À 6 SEMAINES POUR RECEVOIR VOTRE CARTE DE MEMBRE.**

**\*VOIR AU VERSO POUR INFO SUPPLÉMENTAIRE** 

## CATÉGORIE DE MEMBRES

### Membre statutaire

Est membre statutaire tout professionnel réunissant toutes les conditions suivantes :

- est audiologiste ou orthophoniste
- offre des services en français
- travaille ou peut travailler en Ontario
- a rempli le formulaire d'inscription annuel

### Membre associé

Est membre associé tout audiologiste ou orthophoniste qui remplit les conditions suivantes :

- réside hors de l'Ontario
- ne travaille pas en Ontario
- offre ou peut offrir des services en français dans son milieu de travail
- a rempli le formulaire d'inscription.

### Membre étudiant

Est membre étudiant tout étudiant francophone en audiologie ou en orthophonie, ayant rempli le formulaire d'inscription.

\*OAOO : Ordre des audiologistes et des orthophonistes de l'Ontario

#### **Veillez noter :**

Conformément à la POLITIQUE SUR LA PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS, le RAOFO/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.

*Le RAOFO est membre du Regroupement des intervenantes et intervenants francophones en santé et en services sociaux de l'Ontario (RIFSSSO)*

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

Tél. 416-968-6759/sans frais 1 800-265-4399

Tlc. 416-968-6838/sans frais 1 888-256-5184

Courriel : [rifssso@rifssso.ca](mailto:rifssso@rifssso.ca)

Site Web : [www.rifssso.ca/raofo](http://www.rifssso.ca/raofo)