

**Veuillez 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 \_\_\_\_\_

**Veuillez indiquer votre préférence de correspondance :**  Domicile  Travail

**PÉRIODE D'ADHÉSION 1<sup>er</sup> avril 2016 au 31 mars 2017**

<p><b>Veuillez indiquer :</b></p> <p><input type="checkbox"/> nouveau membre</p> <p><input type="checkbox"/> renouvellement annuel</p> <hr/> <p><b>Niveau et frais d'adhésion :</b></p> <p><input type="checkbox"/> 25 \$ (membre non membre de RDFC/DC*)</p> <p><input type="checkbox"/> Étudiant - GRATUIT</p> <p><b>LE CHÈQUE OU MANDAT POSTE DOIT ÊTRE ÉMIS AU NOM DU <u>RDFO a/s RIFSSSO</u> et posté avec le formulaire d'adhésion à Rifssso/RDFO</b>  <b>2, rue Gloucester – bureau 205</b>  <b>Toronto ON M4Y 1L5</b></p>	<p><b>PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS :</b></p> <p><i>Conformément à la politique sur la protection des renseignements personnels, veuillez remplir ce qui suit :</i></p> <p><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</p> <p><input type="checkbox"/> oui, j'autorise le RIFSSSO/RDFO à utiliser mes coordonnées pour fins professionnelles uniquement</p> <p><input type="checkbox"/> oui, j'autorise le RIFSSSO à inscrire mes coordonnées dans la base de données www.cliquezsante.ca</p>
---	---

**VEUILLEZ COCHER LES CASES CORRESPONDANTES**

**1. STATUT PROFESSIONNEL :**

1. Diététiste
2. Autre (spécifiez) \_\_\_\_\_

**2. EMPLOYEUR :**

1. Hôpital : type \_\_\_\_\_
2. Équipe de santé familiale
3. Centre de santé communautaire
4. Santé publique/soins à domicile
5. Collège/Université.
6. Propre compte/pratique privée/consultation
7. Clinique médicale privée
8. Autre (spécifiez) \_\_\_\_\_

**3. DOMAINE PRIMAIRE DE LA PRATIQUE :**

1. Administration
2. Enseignement
3. Recherche
4. 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 O.D.O\* ?**

- 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 RDFO**

- oui  non

**ALLOUEZ UN DÉLAI DE 4 À 6 SEMAINES POUR L'INSCRIPTION**

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



## CATÉGORIE DE MEMBRES

### Membre statutaire

Toute personne membre de l'Ordre des diététistes de l'Ontario

### Membre associé

Tous diététistes francophones résidant dans une autre province du Canada.

### Membre étudiant

Tous étudiants inscrits dans un programme de diététique.

***Veillez noter :***

*Conformément à la POLITIQUE SUR LA PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS, le RHDFO/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 RDFO est membre du Regroupement des intervenantes et intervenants francophones en santé et en services sociaux de l'Ontario (Rifssso)*

RDFO 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

Site Web : [www.rifssso.ca/rdfo](http://www.rifssso.ca/rdfo) ♦ courriel : info@rifssso.ca