



**ADHÉSION À L'ACHD À TITRE DE MEMBRE ÉDUCATEUR –  
CATÉGORIE MEMBRE INSTITUTIONNEL**

**Établissement d'enseignement :** \_\_\_\_\_

**Adresse de l'établissement :** \_\_\_\_\_

**Personne-ressource principale :** \_\_\_\_\_

**Numéro de téléphone :** \_\_\_\_\_ **Adresse de courriel :** \_\_\_\_\_

**Cotisation**

La grille tarifaire est établie en fonction du nombre d'adhésions des éducateurs de votre établissement. Veuillez noter que les personnes de votre établissement qui s'inscrivent doivent être hygiénistes dentaires et membres de l'ACHD afin de bénéficier des avantages offerts aux membres éducateurs de l'ACHD. Veuillez sélectionner la catégorie à laquelle vous voulez adhérer :

- 100 \$ 3 à 5 Membres de la Faculté
- 200 \$ 6 à 15 Membres de la Faculté
- 400 \$ 16 ou + Membres de la Faculté

**Information sur les membres de la Faculté :**

**Éducateur #1**

Nom : \_\_\_\_\_  
Numéro de membre de l'ACHD : \_\_\_\_\_  
Adresse de courriel : \_\_\_\_\_

**Éducateur #2**

Nom : \_\_\_\_\_  
Numéro de membre de l'ACHD : \_\_\_\_\_  
Adresse de courriel : \_\_\_\_\_

**Éducateur #3**

Nom : \_\_\_\_\_  
Numéro de membre de l'ACHD : \_\_\_\_\_  
Adresse de courriel : \_\_\_\_\_

**Éducateur #4**

Nom : \_\_\_\_\_  
Numéro de membre de l'ACHD : \_\_\_\_\_  
Adresse de courriel : \_\_\_\_\_



Éducateur #5

Nom : \_\_\_\_\_  
Numéro de membre de l'ACHD : \_\_\_\_\_  
Adresse de courriel : \_\_\_\_\_

Éducateur #6

Nom : \_\_\_\_\_  
Numéro de membre de l'ACHD : \_\_\_\_\_  
Adresse de courriel : \_\_\_\_\_

Éducateur #7

Nom : \_\_\_\_\_  
Numéro de membre de l'ACHD : \_\_\_\_\_  
Adresse de courriel : \_\_\_\_\_

Éducateur #8

Nom : \_\_\_\_\_  
Numéro de membre de l'ACHD : \_\_\_\_\_  
Adresse de courriel : \_\_\_\_\_

Éducateur #9

Nom : \_\_\_\_\_  
Numéro de membre de l'ACHD : \_\_\_\_\_  
Adresse de courriel : \_\_\_\_\_

Éducateur #10

Nom : \_\_\_\_\_  
Numéro de membre de l'ACHD : \_\_\_\_\_  
Adresse de courriel : \_\_\_\_\_

*(voir la page suivante pour ajouter des éducateurs)*

**Détails du paiement**

Total : \_\_\_\_\_  
Type de paiement :  Carte de crédit (Visa/MC)     Chèque  
Numéro de la carte de crédit : \_\_\_\_\_  
Date d'expiration (MM/AA) : \_\_\_\_\_  
Nom sur la carte : \_\_\_\_\_

**NOTE** : Les frais d'adhésion sont non-remboursables, non-transférables, et ne peuvent être calculés au prorata.



**S'il vous plait, remplir le formulaire et le retourner à l'ACHD accompagné du paiement.**

Télécopieur : (613) 224-7283

Courriel : [info@cdha.ca](mailto:info@cdha.ca)

Adresse postale : 1122, rue Wellington Ouest, Ottawa (Ontario), K1Y 2Y7



Éducateur # \_\_  
Nom : \_\_\_\_\_  
Numéro de membre de l'ACHD : \_\_\_\_\_  
Adresse de courriel : \_\_\_\_\_

Éducateur # \_\_  
Nom : \_\_\_\_\_  
Numéro de membre de l'ACHD : \_\_\_\_\_  
Adresse de courriel : \_\_\_\_\_

Éducateur # \_\_  
Nom : \_\_\_\_\_  
Numéro de membre de l'ACHD : \_\_\_\_\_  
Adresse de courriel : \_\_\_\_\_

Éducateur # \_\_  
Nom : \_\_\_\_\_  
Numéro de membre de l'ACHD : \_\_\_\_\_  
Adresse de courriel : \_\_\_\_\_

Éducateur # \_\_  
Nom : \_\_\_\_\_  
Numéro de membre de l'ACHD : \_\_\_\_\_  
Adresse de courriel : \_\_\_\_\_

Éducateur # \_\_  
Nom : \_\_\_\_\_  
Numéro de membre de l'ACHD : \_\_\_\_\_  
Adresse de courriel : \_\_\_\_\_

Éducateur # \_\_  
Nom : \_\_\_\_\_  
Numéro de membre de l'ACHD : \_\_\_\_\_  
Adresse de courriel : \_\_\_\_\_

Éducateur # \_\_  
Nom : \_\_\_\_\_  
Numéro de membre de l'ACHD : \_\_\_\_\_  
Adresse de courriel : \_\_\_\_\_

Éducateur # \_\_  
Nom : \_\_\_\_\_  
Numéro de membre de l'ACHD : \_\_\_\_\_  
Adresse de courriel : \_\_\_\_\_