

Expéditeur : _____ Date : _____

Section affiliée : _____

Je souhaite que mon titre soit modifié comme suit : Méd.A(retraits) Arb.A (retraits)

  compter du : _____ -

Par la présente, je confirme que :

- Je suis à la retraite et ne gagne pas de revenu d'emploi ou contractuel, dans quelque secteur que ce soit;
- J'ai informé ma section régionale affiliée et je garderai le statut de membre retraits (ou [ADRIA](#) « LIEN ») aussi longtemps que je d tiendrai la désignation de retraits.

Je comprends qu'à titre de membre agrée retraits :

- Je dois indiquer mon titre sous la forme Arb.A(retraits) et/ou Méd.A(retraits);
- Je n'ai pas à renouveler mon adhésion chaque année, mais je dois maintenir mon adhésion auprès d'une section affiliée de l'IAMC;
- Je ne suis plus tenu(e) de soumettre les formulaires de déclaration de Formation continue et participation;
- Si je m'engage dans des services payants de résolution de conflits, j'accepte de rétablir mon statut de membre à part entière et mon titre.

Signature

Date