



Formulaire de changement d'emplacement et de date d'examen

Examen de compétence en physiothérapie - Composante clinique

Veuillez écrire en caractères d'imprimerie.

Nom du candidat		
	Nom de famille	Prénom
N° d'identification du candidat		
Je suis actuellement inscrit(e) au (cochez-en un)	___ le 5 Juin, 2010	___ le 21 Novembre, 2010

Changement d'emplacement Remplissez cette section si vous demandez un emplacement différent de votre premier et de votre second choix. Nous étudierons votre demande seulement s'il reste des places à l'emplacement demandé. Si vous envoyez votre demande après la date limite de changement ou de désistement* , vous devez joindre des frais de 100 \$CDN à votre formulaire. Nous vous rembourserons s'il nous est impossible d'accéder à votre demande.		
Demande de changement d'emplacement		
	Premier choix (nouveau)	Deuxième choix (nouveau)

Changement de date Remplissez cette section si vous demandez un changement de date de l'examen. Si vous soumettez votre demande après la date d'échéance* , vous devez également nous faire parvenir un paiement de 100 \$CDN. Si vous voulez modifier votre date d'examen pour l'année prochaine, vous devez envoyer votre demande et vos frais pour l'année en question. Remarque : il est impossible de modifier votre date d'examen après la date d'échéance pour un changement de date ou un désistement* . Si vous nous faites parvenir une demande de changement de date après cette date, nous la traiterons comme une demande de désistement. Si vous modifiez votre date d'examen, nous utiliserons la date d'échéance pour désistement de l'examen initial auquel vous étiez inscrit pour calculer tous les remboursements futurs si vous décidez de vous désister dans le futur. Veuillez communiquer avec votre ordre professionnel avant de changer votre date d'examen puisque cela pourrait affecter l'obtention de votre permis d'exercice. Je suis actuellement inscrit(e) à (au) : (veuillez cocher toutes les réponses applicables) C.-B. ___ AB ___ SK ___ MB ___ ON ___ QC ___ Î.-P.-É. ___ T.-N. ___ N.-É. ___ N.-B. ___ YK ___ Non inscrit ___
Demande de changement de date d'examen pour le :

* Consultez la liste (page suivante) pour obtenir la liste des dates d'échéance des demandes de changement ou de désistement.

Signature

Date (MM/JJ/AA)

Postez ou télécopiez le formulaire et envoyez les frais applicables à :

Alliance canadienne des organismes de réglementation de la physiothérapie
1243 ave. Islington, Bureau 501, Toronto, Ontario M8X 1Y9
Télécopieur : 416-234 8820

À l'usage du bureau seulement

Date de la réception :

Date de saisie :

Saisie par :

Examen de compétence en physiothérapie. Dates limites de la composante clinique.

Date d'examen 2010	Date limite d'inscription	Date limite de changement/désistement
5 Juin	1 ^{er} Janvier 2010	1 ^{er} Mars 2010
21 Novembre	1 ^{er} Juin 2010	1 ^{er} Août 2010t