# logo-ocq-final.jpg

# Formulaire d’inscription à l’examen professionnel

|  |
| --- |
| **INFORMATIONS GÉNÉRALES** |
| Nom :       | Prénom :       |
| Adresse domicile :       |
| Ville :       | Code postal :       |
| Téléphone :       | Courriel :       |

|  |
| --- |
| Adresse de correspondance (si différente) :       |
| Ville :       | Code postal :       |
| Téléphone :       | Courriel :       |

|  |  |
| --- | --- |
| Date de naissance :     -     -     JJ MM AA | Numéro d’assurance sociale :     -     -     |
| Lieu de naissance :       | Citoyenneté :       |
| Langue maternelle :[ ]  Français[ ]  Anglais[ ]  Autres :       | Langue parlée :[ ]  Français[ ]  Anglais[ ]  Autres :       | Langue écrite :[ ]  Français[ ]  Anglais[ ]  Autres :       |

|  |
| --- |
| **FORMATION CHIROPRATIQUE** |
| Diplôme :       | Institution :       | Année :      |
| Équivalence par OCQ :       | No Résolution :       | Date :       |
| EXAMENS DU CANADIAN CHIROPRACTIC EXAMINING BOARD (CCEB) COMPLÉTÉS AVEC SUCCÈS : |
| [ ]  Examen CCEB, partie A | [ ]  Examen CCEB, partie B | [ ]  Examen CCEB, partie C |

|  |
| --- |
| Je, soussigné(e), m’engage à répondre aux conditions d’admission de l’examen professionnel de l’Ordre des chiropraticiens du Québec :* Fournir une copie du diplôme ou de la résolution d'équivalence délivrée par l'OCQ
* Fournir 1 relevé de notes officiel des études chiropratiques
* Fournir 1 relevé de notes officiel des examens du Canadian Chiropractic Examining Board (CCEB), parties A, B et C
* Fournir une preuve d’identification officielle (certificat de naissance ou copie certifiée conforme)
* Fournir 1 photographie récente, grandeur passeport, signée au verso
* Paiement de 450 $ par chèque ou par carte de crédit (150 $ pour les frais d'ouverture de dossier et 300 $ pour l'examen professionnel)

Je déclare que tous les renseignements indiqués au questionnaire qui précède sont complets et véridiques.EN FOI DE QUOI, |
| J’ai signé à (ville)       | Date :       |
| Signature :  |

|  |
| --- |
| **MODALITÉS DE PAIEMENT** |
| [ ]  Ci-joint un chèque au montant de 450 $[ ]  Veuillez porter le montant de 450 $ sur ma carte de crédit :**[ ]** Visa [ ]  Master Card No de la carte de crédit :       Date d'expiration :    /    mois année Signature du détenteur : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Ce formulaire doit être dûment rempli et retourné au siège social de l'Ordre par courrier au 7100, rue Jean-Talon Est, Bureau 250, Anjou (Québec) H1M 3S3** |