# 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 300 $ par chèque ou par carte de crédit   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 300 $  Veuillez porter le montant de 300 $ 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** |