

Formulaire d'inscription à l'examen professionnel de L'Ordre des chiropraticiens du Québec

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

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

Date de naissance : (jour) / (mois) / (année)	Numéro assurance sociale : _____ - _____ - _____
Lieu de naissance :	Citoyenneté :
Langue maternelle : <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Autre :.....	Langue parlée : <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Autres :.....
Langue écrite : <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Autres :.....	

FORMATION CHIROPRACTIQUE		
Diplôme : <input type="checkbox"/> UQTR, année : _____		
Diplôme : <input type="checkbox"/> CMCC, année : _____		
Diplôme : <input type="checkbox"/> autre : _____, année : _____		
EXAMENS DU CANADIAN CHIROPRACTIC EXAMINING BOARD (CCEB) COMPLÉTÉS AVEC SUCCÈS :		
<input type="checkbox"/> Examen CCEB, Partie A	<input type="checkbox"/> Examen CCEB, Partie B	<input type="checkbox"/> Examen CCEB, Partie C

