

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		
Lieu de naissance :	Citoyenneté :	
Langue maternelle : <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Autres :	Langue souhaitée pour l'examen : <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Autres :	

FORMATION CHIROPRACTIQUE		
Diplôme :	Institution :	Année :
Équivalence par OCQ :	No Résolution :	Date :
EXAMENS DU CANADIAN CHIROPRACTIC EXAMINING BOARD (CCEB) COMPLÉTÉS AVEC SUCCÈS :		
<input type="checkbox"/> Examen CCEB, partie A, B et C	<input type="checkbox"/> Examen CCEB, partie écrite et clinique	

Je, soussigné(e), m'engage à répondre aux conditions d'admission de l'examen professionnel de l'Ordre des chiropraticiens du Québec :

- Paiement de 300 \$ par carte de crédit en complétant le formulaire de paiement 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 :