

Formulaire de modification des renseignements

Veuillez écrire en caractères d'imprimerie.

Ancien nom du candidat		
	Nom de famille	Prénom
N° d'identification du candidat		

Nouveau nom du candidat		
	Nom de famille	Prénom
*Veuillez noter qu'une demande de changement de nom doit être accompagnée d'un document officiel sur lequel sont inscrits votre ancien et votre nouveau nom (p. ex., certificat de mariage).		

Changement d'adresse	Date d'entrée en vigueur:		
	JJ/MM/AA		
Numéro	Nom de la rue	App.	
Ville	Province	Code postal	Pays
()	()		
Téléphone à domicile		Téléphone au travail	
Courriel			

J'autorise l'Alliance canadienne des organismes de réglementation de la physiothérapie (l'Alliance) à modifier mes renseignements personnels selon les changements mentionnés ci-dessus.

Signature

Date (JJ/MM/AA)

Envoyez ce formulaire par la poste ou par télécopieur:

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

À l'usage du bureau seulement

Date reçu :

Date saisi :

Saisi par :