



Canadian  
Alliance of  
Physiotherapy  
Regulators

Alliance canadienne  
des organismes de  
réglementation de  
la physiothérapie

## Formulaire de changement d'informations

**Veillez IMPRIMER**

<b>Nom du candidat</b>		
	Nom de famille	Prénom
<b>No. d'identification du candidat</b>		

<b>Changement de nom*</b>		
	Nom de famille	Prénom
* Veuillez noter qu'une demande de changement de nom doit être accompagnée d'un document officiel (par ex. certificat de mariage)		

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

**J'autorise l'Alliance canadienne des organismes de réglementation de la physiothérapie à changer mes renseignements personnels comme présentés au-dessus.**

Signature

Date (MM/JJ/AA)

Envoyez ce formulaire par la  
poste ou par télécopieur:

**Canadian Alliance of Physiotherapy Regulators  
1243 Islington Ave., Suite 501, Toronto, Ontario M8X 1Y9  
Télécopieur: 416 234 8820**

À l'usage du bureau seulement

Date received:

Date entered:

Entered by: