



## Formulaire de changement d'emplacement et de date d'examen Examen de compétence en physiothérapie - Composante clinique

Veuillez écrire en caractères d'imprimerie.

<b>Nom du candidat</b>		
	Nom de famille	Prénom
<b>N° d'identification du candidat</b>		
<b>Je suis inscrit à l'examen du (date):</b>		
<b>Changement d'emplacement</b> Remplissez cette section si vous demandez un emplacement différent de votre premier et de votre second choix. Nous étudierons votre demande <b>seulement s'il reste des places</b> à l'emplacement demandé. Si vous envoyez votre demande après la <b>date limite de changement ou de désistement*</b> , vous devez joindre des frais de 100 \$CDN à votre formulaire. Nous vous rembourserons s'il nous est impossible d'accéder à votre demande.		
Demande de changement d'emplacement		
	Premier choix (nouveau)	Deuxième choix (nouveau)
<b>Changement de date</b> Remplissez cette section si vous demandez un changement de date de l'examen. Si vous soumettez votre demande après la <b>date d'échéance*</b> , vous devez également nous faire parvenir un paiement de 100 \$CDN. Si vous voulez modifier votre date d'examen pour l'année prochaine, vous devez envoyer un formulaire pour l'année en question. <b>Remarque:</b> il est impossible de modifier votre date d'examen après la <b>date d'échéance pour un changement de date ou un désistement*</b> . Si vous nous faites parvenir une demande de changement de date après cette date, nous la traiterons comme une demande de désistement. Si vous modifiez votre date d'examen, nous utiliserons la date d'échéance pour désistement de l'examen initial auquel vous étiez inscrit pour calculer tous les remboursements futurs si vous décidez de vous désister dans le futur. Veuillez communiquer avec votre ordre professionnel avant de changer votre date d'examen puisque cela pourrait affecter l'obtention de votre permis d'exercice. Je suis actuellement inscrit(e) à (au) : (veuillez cocher toutes les réponses applicables) C.-B. ___ AB ___ SK ___ MB ___ ON ___ QC ___ Î.-P.-É. ___ T.-N. ___ N.-É. ___ N.-B. ___ YK ___ Non inscrit ___		
Demande de changement de date d'examen pour le :		

\*Veuillez référer au Manuel d'examen pour les dates limites d'inscription, de modification et de désistement

Signature

Date (MM/JJ/AA)

Postez ou télécopiez le formulaire et  
envoyez les frais applicables à :

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

À l'usage du bureau seulement

Date de la réception :

Date de saisie :

Saisie par :