



## Demande de révision du dossier

**NOTE :** ce formulaire N'EST PAS un formulaire d'inscription à l'examen. Vous devez remplir le formulaire de demande approprié et le retourner à l'Alliance avec les frais nécessaires et les photographies pour vous inscrire à une prochaine administration de l'examen.

Nom de famille \_\_\_\_\_

Prénom \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

rue, nom, numéro d'appartement

\_\_\_\_\_

ville, province, code postal, pays

Numéro de téléphone (domicile): \_\_\_\_\_ (travail) \_\_\_\_\_

Courriel: \_\_\_\_\_

Révision du dossier 100 \$ \_\_\_\_ (Note: En novembre 2010, l'Alliance a modifié les frais pour la révision du dossier.)

Date d'examen : \_\_\_\_\_  
mois / année

**Mode de paiement** - Veuillez cocher (✓) le mode de paiement choisi (pour les frais mentionnés plus haut).

Carte de crédit (formulaire joint) \_\_\_ Chèque certifié \_\_\_ Mandat postal \_\_\_ Traite bancaire \_\_\_

Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

**UNIQUEMENT A L'USAGE DU BUREAU**

Date de réception :  
Numéro d'identification :  
Paiement : 100 \$ \_\_\_\_  
Révision dossier : \_\_\_\_



## Paielement par carte de crédit

Si vous souhaitez payer vos frais par carte de crédit, veuillez remplir ce formulaire en caractères d'imprimerie.

**J'autorise l'Alliance canadienne des organismes de réglementation de la physiothérapie à facturer le montant suivant à ma carte de crédit.**

Type de carte (un seul choix) :  Visa  MasterCard      Montant payé :    ,   \$CAN

Numéro :

Code de validation (3 chiffres qui se trouvent au verso de votre carte) :

Date d'expiration (mois/année) :

Nom :   
(celui qui apparaît sur votre carte)

Nom du candidat :

Signature du candidat : \_\_\_\_\_

Date:

Jour

Mois

Année