



Canadian
Alliance of
Physiotherapy
Regulators

Alliance canadienne
des organismes de
réglementation de
la physiothérapie

Formulaire de changement d'informations

Veillez IMPRIMER

Nom du candidat		
	Nom de famille	Prénom
No. d'identification du candidat		

Changement de nom*		
	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)		

Changement d'adresse	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: