



## Formulaire de changement d'emplacement et de date d'examen

### Examen de compétence en physiothérapie - Composante écrite

Veuillez écrire en caractères d'imprimerie..

<b>Nom du candidat</b>			
	Nom de famille	Prénom	
<b>N° d'identification du candidat</b>			
<b>Dates d'inscription</b>	___ 10 janvier 2010	___ 6 mars 2010	___ 2 mai 2010
	___ 10 juillet 2010	___ 12 septembre 2010	___ 6 novembre 2010

#### Changement d'emplacement

Remplissez cette section si vous demandez un emplacement différent de votre premier ou de votre second choix. Nous étudierons votre demande si elle est soumise avant la **date limite de changement ou de désistement\*** et **s'il reste des places** à cet emplacement. Il est impossible de changer votre site d'examen après la date limite.

Demande de changement d'emplacement		
	Premier choix (nouveau)	Deuxième choix (nouveau)

#### Changement de date

Remplissez cette section si vous demandez un changement de date de l'examen. Si vous soumettez votre demande après la **date d'échéance\***, vous devez également nous faire parvenir un paiement de 100 \$CDN. Si vous voulez modifier votre date d'examen pour une date de la prochaine année, vous devez envoyer votre demande et vos frais pour l'année en question.

**Remarque :** nous utiliserons la date d'échéance pour désistement d'origine pour calculer les remboursements en prévision de désistements futurs.

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 :	
--	--

\*Consultez la liste (page suivante) pour obtenir les dates d'échéance des demandes de changement ou 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 ave. 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 :

**Examen de compétence en physiothérapie. Dates limites de la composante clinique.**

<b>Date d'examen 2010</b>	<b>Date limite d'inscription</b>	<b>Date limite de changement/désistement</b>
10 Janvier	1 <sup>er</sup> Octobre 2009	1 <sup>er</sup> Décembre 2009
6 Mars	1 <sup>er</sup> Décembre 2009	1 <sup>er</sup> Février 2010
2 Mai	1 <sup>er</sup> Février 2010	1 <sup>er</sup> Avril 2010
10 Juillet	1 <sup>er</sup> Avril 2010	1 <sup>er</sup> Juin 2010
12 Septembre	1 <sup>er</sup> Juin 2010	1 <sup>er</sup> Août 2010
6 Novembre	1 <sup>er</sup> Août 2010	1 <sup>er</sup> Octobre 2010