



CAPR
Canadian Alliance
of Physiotherapy
Regulators

ACORP
Alliance canadienne des
organismes de réglementation
de la physiothérapie

1243, avenue Islington, bureau 501
Toronto (Ontario) M8X1Y9
Tél. : 416 234 8800 | Téléc. : 416 234 8820
www.alliancept.org

Formulaire de changement d'information

En lettres moulées SVP

Je suis : _____ en cours d'accréditation

_____ inscrit(e) à un examen

* Veuillez cocher les deux cases si vous êtes inscrit(e) à un examen à titre conditionnel

Nom dans le dossier : _____
Nom Prénom(s)

NIP : _____

Changement de nom

Nouveau nom : _____
Nom Prénom(s)

REMARQUE : Vous devez annexer une copie légalisée d'un document juridique où sont inscrits votre ancien nom et votre nouveau nom (p. ex., une licence de mariage). Pour ceux qui sont en cours d'**accréditation**, un document d'identification indiquant votre nom est requis.

Changement d'adresse

Entrée en vigueur le (jj/mm/aaaa) : _____

Adresse	Rue	App.	
Ville	Province/ État	Code postal	Pays
Téléphone (domicile)	Courriel		

J'autorise l'Alliance canadienne des organismes de réglementation de la physiothérapie (ACORP) à changer mes renseignements personnels, comme indiqué ci-dessus.

Signature : _____ Date (jj/mm/aaaa) : _____

Vous pouvez envoyer ce formulaire :

Poste : Alliance canadienne des organismes de réglementation de la physiothérapie 1243, avenue Islington, bureau 501 Toronto (Ontario) M8X 1Y9 CANADA

ou

Télec. : 416-234-8820

ou

Courriel : email@alliancept.org

À usage interne seulement

Reçu le : _____

Entré le : _____

Entré par : _____