



**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), un nouveau formulaire de déclaration d'identité et une deuxième photographie identique signée et datée. 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

**Télé.** : 416-234-8820

ou

**Courriel** :

**csc\_exams@alliancept.org**

À usage interne seulement

Reçu le : \_\_\_\_\_

Entré le : \_\_\_\_\_

Entré par : \_\_\_\_\_