



INSCRIPTION AUX EXAMENS D'ADMISSION

Informations personnelles

M. Mme

NOM

PRÉNOM

ADRESSE DOMICILE

VILLE

PROVINCE

CODE POSTAL

TÉLÉPHONE

COURRIEL

Formation en soins de pieds ou autres domaines de la santé

Établissement de formation : _____

Adresse de l'établissement : _____

Formateur: _____ Nombre d'heures : _____

Année de votre dernière formation : _____

Nombre d'années d'expérience en soins des pieds : _____

Formation académique

Études secondaires Diplôme obtenu Non complété

Études collégiales Diplôme obtenu Non complété

Université Diplôme obtenu Non complété

Autres _____

Frais d'inscription aux examens Paiement accepté : chèque ou carte de crédit

Frais non remboursables et la date ne peut être reportée.

- | | |
|------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Théorique et pratique | 175,00\$ (Ajoutez 10\$ de frais pour paiement par carte de crédit) |
| <input type="checkbox"/> Reprise théorique seulement | 87,50\$ (Ajoutez 5.50\$ de frais pour paiement par carte de crédit) |
| <input type="checkbox"/> Reprise pratique seulement | 87,50\$ (Ajoutez 5.50\$ de frais pour paiement par carte de crédit) |

Date choisie pour l'examen : _____

Paiement par carte de crédit

Nom du détenteur

Numéro de la carte

Date d'expiration

Signature du détenteur

VOUS DEVEZ JOINDRE CES DOCUMENTS :

- Une photocopie de votre diplôme en soins des pieds.
- Une copie de votre diplôme de secondaire V ou l'équivalent.
- Le paiement (compléter le coupon ci-dessus si vous payez par carte de crédit).

RETOURNEZ LE FORMULAIRE ET DOCUMENTS REQUIS AU :

4181 Lakeshore Drive, Rawdon (Québec) J0K 1S0 Téléphone et télécopieur : 450-834-8918

Rev. février 2014