Demande d'inscription à l'examen de certification clinique de l'ACOA

CASLPA-ACOA

1000 – 1 rue Nicholas
Ottawa, ON K1N 7B7
Tél : (613) 567-9968 ou
(800) 259 8519
Téléc: (613) 567-2859
caslpa@caslpa.ca

☐ Mme
☐ Mlle
☐ M. _____

Nom Prénom Initiale

Date d'examen: _____

Vous devez joindre votre paiement à la présente demande qui doit parvenir à l'ACOA avant la date limite fixée pour l'examen.
La date limite pour l'examen: Examen du printemps – Le 31 janvier
Examen de l'automne – Le 30 juin
Les non-membres doivent contacter le bureau national avant de faire une demande.

Votre *lettre d'admission* vous sera courriel 2 semaines avant la tenue de l'examen.

Toute modification à l'information fournie dans la présente demande doit être signalée à l'ACOA par écrit, par télécopie, courriel ou la poste. Veuillez vous identifier en tant que candidat à l'examen pour vous assurer que vos modifications parviennent au *département des normes professionnelles.*

Sites d'examen désignés:	AB – Edmonton	NB – Moncton	NT – Yellowknife	ON – Toronto	QC – Québec
	BC – Vancouver	NL – St. John's	ON – London	PE – Charlottetown	SK – Regina
	MB – Winnipeg	NS – Halifax	ON – Ottawa	QC – Montréal	YT – Whitehorse

Fournir toute l'information demandée. Pour être admissible, **l'obtention du diplôme** doit avoir lieu avant la fin de l'année d'examen en cours.

Dans quelle ville et province désirez-vous écrire l'examen?	Ville:		Province:
Écrivez-vous l'examen pour l'orthophonie ou pour l'audiologie?	☐ Ortho	☐ Aud	
Écrivez-vous l'examen en anglais ou en français?	☐ Anglais	☐ Français	
Exigez-vous des copies de l'examen dans les deux langues?	☐ Oui	☐ Non	
Est-ce que vois écrivez l'examen pour la première fois?	☐ Oui	☐ Non	Si non, quelle année(s)?
Êtes-vous actuellement membre de l'ACOA?	☐ Oui	☐ Non	Nombre d'Adhésion:
À quelle université avez-vous assisté? (Si à l'extérieur du Canada, énumérez s'il vous plaît l'endroit):			
Quel est le titre de votre degré?			
Quelle est la date de votre convocation? (Le mois et l'année):			

Adresse permanente (où tous les envois vous parviendront sans faute)	**Autre adresse:** (Ne fournir cette adresse que si vous précisez la période de validité («du... au») ci-dessous.)
Appartement # Adresse de rue / boîte postale	Appartement # Adresse de rue / boîte postale
Ville Province Code postal	Ville Province Code postal
Téléphone résidence Téléphone de jour (si différent)	Téléphone résidence Téléphone de jour (si différent)
Adresse courriel	Adresse courriel Période de validité du: au:

À l'usage du bureau national seulement
Date de réception

Pour être admissible à l'examen de certification clinique, vous devez être membre à part entière ou membre étudiant de l'ACOA.
Les candidats passant l'examen pour fins d'évaluation doivent se référer à l'« Avis aux non-membres », dans la trousse de demande.

Frais:
Tous les sites d'examen désignés canadiens : **450,00 $** (Voir la liste au-dessus)
Tous les sites d'examen non-désignés canadiens : **650,00 $**
Tous les sites d'examen de sites non-canadiens : **650,00 $**

Le paiement fermé pour l'examen est fait par: ☐ **Visa** ☐ **MC** ☐ **Chèque** ☐ **Mandat**

#	**$**	/
Inscrire: Numéro de carte de crédit ou numéro de chèque	Montant	Date d'expiration de la carte de crédit ou date du chèque

Signature
J'atteste que toute l'information fournie sur ce formulaire est véridique et exacte.

Date

À l'usage du bureau national seulement
N° ACOA et statut de membre

2010