

**FORMULAIRE CONFIDENTIEL - ATTESTATION D'OBSERVATION
DANS UNE CLINIQUE PRIVÉE DE CHIROPRA TIQUE**

Relativement aux conditions d'admission du programme de doctorat de premier cycle en chiropratique
de l'Université du Québec à Trois-Rivières (7025)

À compléter par le candidat en lettres moulées

Code permanent : _____

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____ Courriel : _____

Le présent candidat fait appel à votre collaboration pour mieux connaître le travail du chiropraticien au quotidien.

À compléter par le chiropraticien visité en lettres moulées

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____ Permis OCQ : _____

Date de la visite (J/M/A): _____ Durée de la visite (h) : _____

Je connais le/la candidat(e) depuis (mois/années) : _____

En quelques phrases, veuillez décrire la rencontre et soumettre vos commentaires en lien avec cette visite d'observation d'une clinique chiropratique (au besoin complétez au verso) :

Date : _____ Signature : _____

Vous avez le choix de retourner le formulaire complété et signé, par COURRIEL avant le 15 mars de l'année courante directement au registrariat de l'UQTR à l'adresse : admission@uqtr.ca ou de le remettre au candidat qui pourra le déposer dans son dossier d'admission.