FORMULAIRE CONFIDENTIEL

ATTESTATION D'OBSERVATION DANS UNE CLINIQUE PRIVÉE DE CHIROPRATIQUE

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

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

_____

Téléphone : _____

Courriel : _____

Code permanent : _____

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 de la clinique visitée : _____

_____

Téléphone : _____

Date de(s) la visite(s) : _____/_____/_____ Durée de l'observation (en heure) : _____

Jour / mois / année

Depuis combien de temps connaissez-vous le/la candidat(e)? _____

Description de la rencontre et commentaires :

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

(Utiliser le verso au besoin)

Date : _____ Signature du chiropraticien : _____

Le formulaire complété et signé doit être posté, télécopié ou envoyé par courriel par le chiropraticien. Il doit être reçu à l'UQTR avant le 15 mars de l'année courante.

Bureau du registraire
Université du Québec à Trois-Rivières
C.P. 500, Trois-Rivières, Québec, G9A 5H7
Télécopieur : (819) 376-5210
crmultiservice@uqtr.ca