

FORMULAIRE CONFIDENTIEL

ATTESTATION D’OBSERVATION DANS UNE CLINIQUE PRIVÉE DE CHIROPATIQUE
 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) :	_____
	<i>Jour / mois / année</i>		
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