

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)

Identification de la personne étudiante (en lettres moulées)

Code permanent : _____

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____ Courriel : _____

Votre collaboration est demandée pour aider une personne étudiante à mieux connaître et comprendre le travail au quotidien en chiropratique.

À compléter par le chiropraticien ou la chiropraticienne visitée (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 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. La date limite est le 5 mars de l'année courante. Une nouvelle visite est exigée pour chaque nouvelle demande d'admission au programme.