



ASSOCIATION of CANADIAN
FACULTIES of DENTISTRY



L'ASSOCIATION des FACULTÉS
DENTAIREs du CANADA

FORMULAIRE DE DEMANDE

POUR LES DIPLÔMÉS DE PROGRAMMES DENTAIREs NON APPROUVÉS PAR LA COMMISSION
DE L'AGRÉMENT DENTAIRE DU CANADA

Veillez dactylographier ou écrire en lettres moulées l'information demandée, telle que vous souhaitez
la voir paraître sur tous les documents de l'ACFD/AFDC.

NB: Pour ceux qui font une demande d'admission au Programme de Qualification ou au Programme
d'obtention du Diplôme régulier, s'il vous plaît contacter les universités directement pour toute
information sur les conditions d'admission et/ou de résidence.

Toute fausse déclaration faite en toute connaissance de cause par le demandeur entraînera le rejet de
sa demande et/ou l'annulation de son admissibilité aux examens et/ou l'annulation de tout résultat
émis précédemment.

Nom:	Prénom(s):
Adresse:	
Ville:	Province/État:
Code Postale:	Pays:
Téléphone (Domicile.):	Télécopieur:
Téléphone (Bureau.):	Courriel:

Avez-vous changé votre nom? Oui Non

Si vous avez répondu oui, inscrivez la date et les détails du changement et joignez une photocopie
notariée des documents se rapportant à ce changement.

POUR LE BUREAU DU AFDC SEULEMENT

Numéro d'identification:	Enregistrement:
Paiement Reçu: \$ _____	pour les <input type="checkbox"/> frais d'inscription <input type="checkbox"/> frais d'examen

ÉTUDES DENTAIRES

J'ai étudié dans les écoles ou facultés dentaires suivantes: (indiquez la durée et les dates).

J'ai reçu les diplôme(s)/grade(s) suivant(s). (Dressez une liste de vos diplômes ou grades universitaires en mentionnant les dates auxquelles ils ont été ou seront reçus. Inscrivez également le nom des universités.)*

Je demande l'autorisation de me présenter à l'examen d'admissibilité de l'Association des facultés dentaires du Canada et je me soumetts à ses règlements.

Je jure sur mon honneur que les déclarations ci-dessus sont conformes à la vérité et j'autorise toute vérification jugée nécessaire. J'autorise l'Association des facultés dentaires du Canada de divulguer mes résultats aux universités qui offrent un "Programme de Qualification", ou un "Programme d'Obtention de Diplôme" et à l'Université de Montréal qui offre un "Programme d'Intégration" au curriculum régulier.

Signature du demandeur

_____ *Signé devant un officier d'une ambassade ou d'un consulat canadien, un notaire ou un commissaire à l'assermentation.*

Je déclare que ce document a été signé par la personne décrite ci-haut et dont j'ai vérifié et signé les photographies qui accompagnent ce document.

Signature du témoin

(sceau)

Titre

Adresse

Date

LISTE DES DOCUMENTS DEVANT ACCOMPAGNER LE FORMULAIRE DE DEMANDE

1. Copie notariée (portant le sceau original officiel et la signature d'un notaire) des diplômes ou grades universitaires (dentaires) -- version originale et une copie notariée d'une traduction française ou anglaise certifiée si nécessaire.
* Une copie notariée du certificat d'internat ou équivalent au version originale et une copie notariée d'une traduction française ou anglaise, si exigé, doit être fournie si applicable aux exigences de la faculté dentaire ou de l'école assistée.
2. Copie officielle ou notariée des relevés de notes du demandeur provenant de toutes les universités ou facultés de médecine dentaire fréquentées et montrant les résultats obtenus tout au long du cours -- version originale et une copie notariée d'une traduction française ou anglaise certifiée si nécessaire.
3. Frais d'inscription et d'examen (**en dollars canadiens seulement**)
4. Deux photos originales identiques, sur fond blanc, montrant une vue complète de la tête et des épaules (sans chapeau). La photographie doit être un original, imprimé sur le papier de haute qualité. Les photos ne doivent pas être plus grandes que 50mm x 70mm et ne doivent pas être plus petites que 43mm x 54mm. Le nom et l'adresse du photographe et la date à laquelle la photo a été prise doivent paraître au dos des deux exemplaires. La photo ne doit pas dater de plus de 12 mois. La personne qui sera témoin de votre signature sur le formulaire de demande doit également certifier que la photo vous représente en signant le dos des deux exemplaires.

Exemple de l'endos des photos

Photo Co. Ltée
110, chemin
Ville, Pays

Cette photo a été prise le
Date

Je certifie que cette photo
représente le demandeur
nommé ci-dessous:
nom du demandeur

signature du témoin

SVP indiquer votre

Date d'examen préféré: _____

Langue préférée:

anglais

français

Site d'examen préféré: _____

NOTE:

- 1) **Les candidats qui ont déjà été enregistrés pour l'examen d'admissibilité ne sont pas tenus de fournir un nouveau formulaire de demande, les frais d'application ou la documentation requis. S'il vous plaît envoyez votre demande à être enregistrée par écrite avec les frais d'examen.**
- 2) Aucuns enregistrements ne seront acceptés pour l'examen si l'enveloppe est postée **APRÈS** la date limite d'inscription.
- 3) Les demandes par les Candidats pour changer un centre d'examen doit être soumis par écrit au bureau de l'AFDC **AVANT** la date limite d'inscription.
- 4) Les demandes par les Candidats pour changer la langue d'examen préférée doit être soumis par écrit au bureau de l'AFDC **AVANT** la date limite d'inscription.

Envoyez votre formulaire de demande et votre paiement à:

**ACFD/AFDC
100 Bronson Avenue, Suite 204
Ottawa, ON
K1R 6G8
Canada**