



ASSOCIATION of CANADIAN  
FACULTIES of DENTISTRY



L'ASSOCIATION des FACULTÉS  
DENTAIREs du CANADA

**FORMULAIRE DE DEMANDE**  
POUR LES DIPLÔMÉS DE PROGRAMMES DE SPÉCIALITÉ DENTAIRE NON-AGRÉÉS

Dactylographier ou écrire en lettres moulées l'information suivante, exactement comme vous voulez la voir apparaître dans tous les documents ACFD/AFDC.

Toute fausse déclaration faite sciemment dans ce document par le demandeur entraînera le rejet de la demande et/ou l'annulation de l'admissibilité à un examen et/ou l'annulation de tout résultat émis antérieurement.

**Prenez note qu'une partie du processus de demande requière que vous vous inscriviez auprès de World Education Services (WES) et que les documents requis soient envoyés par votre institution à WES pour fins de vérification. Visitez <http://www.wes.org/ca/acfd.asp>**

Ma spécialité est :	Santé dentaire communautaire	<input type="checkbox"/>
	Endodontie	<input type="checkbox"/>
	Radiologie buccale et maxillofaciale	<input type="checkbox"/>
	Chirurgie buccale et maxillofaciale	<input type="checkbox"/>
	Médecine buccale / Pathologie buccale	<input type="checkbox"/>
	Orthodontie	<input type="checkbox"/>
	Dentisterie pédiatrique	<input type="checkbox"/>
	Parodontie	<input type="checkbox"/>
	Prosthodontie	<input type="checkbox"/>

Nom de famille :	_____	Prénom :	_____
Adresse :	_____		
Ville:	_____	Province/État:	_____
Code postal:	_____	Pays:	_____
Téléphone (Rés.):	_____	Fax:	_____
Téléphone (Alt.):	_____	Courriel:	_____

Est-ce que votre nom a été changé ?    Oui     Non

Si oui, donnez la date et les détails du changement avec photocopies notariées des documents:

**À l'usage du bureau de l'AFDC seulement**

Identification #:	_____
Spécialité:	_____
École:	_____
Paiement (devises canadiennes) :	_____
Enregistrement:	_____



ASSOCIATION of CANADIAN  
FACULTIES of DENTISTRY



L'ASSOCIATION des FACULTÉS  
DENTAIREs du CANADA

## ÉDUCATION DENTAIRE

J'ai complété les programmes de dentisterie générale et de spécialité dentaire suivants. Fournir les dates du début et de la fin des programmes.

Programme	Institution	Date du début	Date de la fin
-----------	-------------	---------------	----------------


J'ai reçu le(s) diplôme(s) suivant(s). Nommez le ou les diplômes et donnez le nom de l'université qui l'a ou les a octroyé(s) ainsi que la date


### ***Les pièces suivantes doivent accompagner le formulaire de demande***

1. Date du début et de la fin du Programme de spécialité du demandeur.
2. Relevés officiels provenant de tous les programmes dentaires et de spécialité dentaire.
3. Copies originales notariées des titres/diplômes/certificats.
4. Traductions originales certifiées, ou copies originales notariées de tous les relevés et diplômes/titres/certificats, en anglais. ou en français si les documents originaux sont dans une autre langue que l'anglais ou le français.
5. Liste de contrôle complétée, auto-évaluant le programme de spécialité du demandeur.
6. Les droits de demande faits à l'ordre de l'AFDC (devises canadiennes seulement).
7. Deux photographies identiques non-montées, sur fond blanc, montrant une vue complète de la tête et des épaules (sans chapeau). Les photographies doivent être originales, imprimées sur du papier de haute qualité. Les photographies ne doivent pas être plus grandes que 50 mm x 70 mm et ne doivent pas être plus petites que 43 mm x 54 mm. Le nom et l'adresse du photographe et la date à laquelle la photo a été prise doivent apparaître au dos des deux exemplaires. Les photographies ne doivent pas dater de plus de 12 mois. **La personne qui témoigne de votre signature sur le formulaire d'application doit également certifier que les photographes vous représentent vraiment et les signer à l'endos.**



ASSOCIATION of CANADIAN  
FACULTIES of DENTISTRY



L'ASSOCIATION des FACULTÉS  
DENTAIREs du CANADA

**NOTE:**

1. Des copies notariées veut dire, portant un sceau notarial original et une signature, en anglais ou en français d'un officier d'une ambassade ou d'un consulat canadien, un notaire ou un commissaire à l'assermentation.
2. Les demandes d'application, la documentation requise, les droits et les demandes d'inscription doivent être reçus au bureau de l'AFDC avant ou à la date limite prescrite – peu importe la date apparaissant sur l'estampille du bureau de poste ou la date de levée du courrier. Toute application, documentation, ou demande d'inscription qui ne rencontre pas cette exigence ne seront pas traitées.
3. Une demande doit être faite à World Education Services avant la date limite prescrite. Le World Education Services fournira à l'Association des Facultés dentaires du Canada une copie de tous les documents soumis pour l'évaluation et la reconnaissance des diplômes et qualifications, ainsi qu'un rapport.
4. C'est la responsabilité du demandeur de s'assurer que la demande d'application soit bien complétée et soumise avec toute la documentation requise, dans les délais prescrits.

**Envoyer votre formulaire de demande, la documentation et les droits à :**  
**AFDC**  
**100 Bronson Avenue, Suite 204**  
**Ottawa, ON K1R 6G8**  
**Canada**



ASSOCIATION of CANADIAN  
FACULTIES of DENTISTRY



L'ASSOCIATION des FACULTÉS  
DENTAIREs du CANADA

## DÉCLARATION

Par la présente je fais une demande d'inscription à l'Évaluation des connaissances communes à toutes les spécialités de l'Association des Facultés Dentaires du Canada en conformité avec, et soumis à ses règles de participation.

Je certifie que la déclaration qui précède et l'information fournie dans ce questionnaire sont vraies et j'autorise toute vérification jugée nécessaire. J'autorise l'Association des Facultés dentaires du Canada à envoyer mes résultats aux universités qui offrent des programmes d'évaluation et d'entraînement en spécialité dentaire.

Je comprends et accepte qu'il y a un nombre de places très limité dans les programmes d'évaluation et d'entraînement en spécialité dentaire et qu'il n'y a aucune garantie d'acceptation.

Je comprends que ma demande sera rejetée si la documentation requise est incomplète.

J'autorise l'Association des Facultés dentaires du Canada ou ses agents à vérifier l'authenticité de toute la documentation, ceci étant fait pour me rendre éligible à participer à l'Évaluation des connaissances communes à toutes les spécialités dentaires.

Signature du demandeur \_\_\_\_\_

***Cette signature doit être faite en présence d'un officier d'un consulat canadien ou d'une ambassade canadienne, un notaire ou un commissaire à l'assermentation.***

Je déclare avoir été témoin de la signature de ce document par la personne apparaissant sur les photographies, que j'ai vérifiées et signées.

Signature du témoin \_\_\_\_\_ (Sceau)

Titre \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_