



ASSOCIATION of CANADIAN  
FACULTIES of DENTISTRY



L'ASSOCIATION des FACULTÉS  
DENTAIREs du CANADA

**FORMULAIRE DE D'INSCRIPTION**  
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 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.

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 vous avez répondu oui, vous devez fournir une photocopie notariée de la preuve du changement de nom dans la langue originale émise et une traduction originale effectuée par un traducteur certifié en anglais ou en français. La traduction doit porter le sceau original et la signature du traducteur.

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

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

## 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 (BDS/DDS/Masters etc.)	Institution	Date du début j/m/an	Date de la fin j/m/an

Date préférée pour l'examen: .....

Langue préférée:            anglais     français

Site d'examen préféré: .....

### 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 ait un nombre d'espaces 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 .....

Date .....

Adresse .....

## LES PIÈCES SUIVANTES DOIVENT ACCOMPAGNER LE FORMULAIRE D'INSCRIPTION

1. Copies originales notariées des titres/diplômes/certificats de tous les programmes dentaires et de spécialités dentaires et traduction originale certifiée en anglais ou en français si nécessaire.
2. Si le programme requiert de compléter un internat avant d'émettre le diplôme final, une copie originale notariée du certificat d'achèvement d'internat doit être présentée ainsi qu'une traduction originale certifiée en anglais ou en français.
3. Si le relevé de notes émis par l'Université est dans une autre langue que l'anglais ou le français, une traduction originale certifiée est requise.
4. Liste d'auto-évaluation du programme de spécialité du demandeur complétée.
5. Droits d'inscription et d'examen faits à l'ordre de l'AFDC (devises canadiennes seulement).
6. 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.**

## LES PIÈCES SUIVANTES DOIVENT ÊTRE REÇUES DIRECTEMENT DE L'UNIVERSITÉ D'OÙ LE DEMANDEUR A REÇU SON DIPLÔME.

1. Relevé de notes officiel et original de tous les programmes dentaires et de spécialités dentaires envoyé directement de l'Université dans une enveloppée scellée.  
**Si votre relevé officiel est dans une autre langue que l'anglais ou le français, vous devez fournir une traduction originale certifiée portant le sceau officiel et la signature du traducteur certifié.**
2. Formulaire de Confirmation d'obtention de diplôme. Ce formulaire peut être téléchargé du site web de l'AFDC. La section 1 doit être complétée par le demandeur, la section 2 doit être complétée par l'Université qui a octroyé le diplôme de spécialiste. Le registraire de l'Université ou son équivalent doit signer et apposer son sceau officiel sur le formulaire, confirmant les informations et le retourner directement à l'AFDC dans une enveloppe scellée.

### NOTE:

- Copies notariées signifient que les copies de documents ont été comparées à l'original par un individu qui a signé et apposer son sceau sur ces copies. Toutes les copies notariées doivent porter le sceau et la signature d'un notaire, d'un commissaire à l'assermentation ou d'un Officier d'un Consulat ou Ambassade canadienne. La copie notariée doit spécifier que le document est une copie véritable du document original présenté au signataire.
- Les demandes d'inscription, la documentation requise, les droits et les demandes d'inscription à l'examen doivent être reçus au bureau de l'AFDC avant ou à la date limite d'inscription. Quel que soit la date apparaissant sur l'estampille du bureau de poste ou de la date de levée du courrier, toute inscription, documentation ou demande d'inscription à l'examen qui ne rencontrent pas cette exigence ne seront pas traitées.
- Le formulaire de confirmation d'obtention du diplôme et le relevé de notes officiel doivent parvenir au bureau de l'AFDC dans une enveloppe scellée directement de l'Université qui vous a octroyé votre diplôme, avant la date limite d'inscription.

### Envoyer tous les document requis à :

AFDC  
PO Box 618 Station B  
Ottawa, ON K1P 5P7

### Pour tout envoi nécessitant une signature:

80 Elgin St. 2<sup>nd</sup> Floor  
Ottawa, ON K1P 6R2