



ASSOCIATION of CANADIAN
FACULTIES of DENTISTRY



L'ASSOCIATION des FACULTÉS
DENTAIREs du CANADA

**DEMANDE DE S'INSCRIRE A L'ÉVALUATION DES CONNAISSANCES COMMUNES
A TOUS LES SPECIALISTES DENTAIREs (ECCSD)
DU 13 – 14 NOVEMBRE, 2010**

POUR LES CANDIDATS DE L'ÉVALUATION DES CONNAISSANCES COMMUNES A TOUS LES
SPECIALISTES DENTAIREs (ECCSD) QUI ON DEJA COMPLETER LE PROCES D'APPLICATION

S'IL VOUS PLAIT IMPRIMER L'INFORMATION CLAIREMENT.

Numéro d'identification de l'AFCD: _____

Nom: _____

Adresse: _____

VILLE

PROVINCE

CODE POSTAL

Téléphone: _____ Fax: _____

Adresse de courriel: _____

Site d'examen préféré (indiquer la ville)* 1. _____

2. _____

**Un minimum de 10 candidats est requis pour que l'on puisse établir un centre d'examen à une université canadienne.*

On peut établir un centre d'Examen en dehors du Canada à condition qu'à six semaines avant la date d'échéance de l'inscription un minimum de 50 candidats fassent une demandent pour le même centre et que le lieu d'examen choisi soit adéquat pour un examen et acceptable sur le plan sécurité.

L'AFCD essayera d'accommoder les préférences d'endroit mais réserve le droit d'offrir des endroits alternatifs dus aux limitations de l'espace à quelques endroits d'examen.

Langue préféré: Anglais _____ Français _____

Signature du demandeur: _____ Date: _____

**S'il vous plaît retourner ce formulaire par fax ou a la poste par avant la date limite
du 15 août, 2010.**

F:\ACFD\Info Pkg\DSCKE\FRENCH\Registration form french.docx