



ASSOCIATION of CANADIAN
FACULTIES of DENTISTRY



L'ASSOCIATION des FACULTÉS
DENTAIREs du CANADA

**DEMANDE D'INSCRIPTION À L'ÉVALUATION DES CONNAISSANCES
COMMUNES À TOUTES LES SPÉCIALITÉS DENTAIREs (ECCSD)
10 – 11 NOVEMBRE, 2012**

POUR LES CANDIDATS DE L'ÉVALUATION DES CONNAISSANCES COMMUNES À TOUTES LES
SPÉCIALITÉS DENTAIREs (ECCSD) QUI ONT DÉJÀ COMPLÉTÉ LE PROCESSUS D'INSCRIPTION

S'IL VOUS PLAÎT 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 demande 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 se réserve le droit d'offrir des endroits alternatifs dû aux limitations d'espace à quelques sites d'examen.

Langue préférée: Anglais _____ Français _____

Signature du demandeur: _____ Date: _____

**S'il vous plaît retourner ce formulaire par fax ou par la poste avant la date limite
du 15 août, 2012.**

F:\ACFD\Info Pkg\DSCKE\French\2010\Registration form french 2012.docx