



Canadian Association of Genetic Counsellors  
 Association Canadienne des Conseillers en Génétique

## Déclaration du directeur de programme Supplément pour candidats étudiants

NOM	PRÉNOM	INITIALE
DATE DE NAISSANCE (JJ/MM/AA)		SEXE (M/F)

NOM DU PROGRAMME: \_\_\_\_\_

NOM DE L'INSTITUTION: \_\_\_\_\_

LIEU (VILLE, PROVINCE): \_\_\_\_\_

JE \_\_\_\_\_, DIRECTEUR DU PROGRAMME DE CONSEIL GÉNÉTIQUE,  
 CERTIFIE QUE LE CANDIDAT MENTIONNÉ CI-DESSUS AURA SOIT:

GRADUÉ DU PROGRAMME D'ÉDUCATION ICI MENTIONNÉ AVANT LE 1ER JUIN DE L'ANNÉE D'EXAMEN

COMPLÉTÉ TOUS LES ASPECTS DU PROGRAMME AVANT LA DATE D'EXAMEN ET FOURNI UNE LETTRE DE 'CONFIRMATION D'ELIGIBILITÉ À GRADUER' DU BUREAU DES ÉTUDES SUPÉRIEURES AU COMITÉ D'ACCREDITATION AVANT LE 31 JUILLET DE L'ANNÉE D'EXAMEN

SIGNATURE DU DIRECTEUR DE PROGRAMME \_\_\_\_\_ DATE: \_\_\_\_\_

Comité d'accréditation de l'ACCG  
 PO Box 52083  
 Oakville, ON  
 L6J 7N5 CANADA