



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