



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 (AA/MM/JJ)		SEXE (M/F)

NOM DU PROGRAMME: _____

NOM DE L'INSTITUTION: _____

LIEU (VILLE, PROVINCE): _____

JE _____, DIRECTEUR(TRICE) DU PROGRAMME DE CONSEIL GÉNÉTIQUE,
CERTIFIE QUE LE CANDIDAT MENTIONNÉ CI-HAUT GRADUERA DU PROGRAMME D'ÉDUCATION ICI
MENTIONNÉ AVANT LE 1ER JUIN DE L'ANNÉE D'EXAMEN.

SIGNATURE DU DIRECTEUR DE PROGRAMME _____

DATE: _____

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