



COLLÈGE D'OSTÉOPATHIE DE SHERBROOKE

Demande d'inscription au COLLÈGE D'OSTÉOPATHIE DE SHERBROOKE

Veillez remplir ce formulaire et le retourner au 612 rue Galt Ouest, Sherbrooke, Qc, J1H 1Y9

Par courriel : contact@collegeosteopathiesherbrooke.com

Site Web : collegeosteopathiesherbrooke.com

Nom _____ Prénom _____

Adresse complète : _____

Tel : _____

E-Mail : _____

Date de naissance : _____ Sexe : F M

Études :	Date	Diplôme
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

J'inclus un chèque de 100 \$ libellé au Collège d'ostéopathie de Sherbrooke pour le frais les d'administration (non remboursable)

Signature : _____ Date : _____