



**Conseil Canadien des Technologies Accrédités en électroencéphalographie Inc.**

**Formulaire d'application pour l'examen écrit**

Nom : \_\_\_\_\_ Courriel : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Tél : (Tr) (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Poste : \_\_\_\_\_ (Rés.) (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**Institut/Collège/Employeur (où a eu lieu la formation)**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Tél : \_\_\_\_\_

Électroencéphalographiste en chef: \_\_\_\_\_

Technologue EEG en chef : \_\_\_\_\_

**Ville et langue de préférence pour la tenue de mon examen (*SVP encercler votre choix*)**

**Ville :** St. John's, NF    Halifax    Montréal    Charlottetown    Moncton

Toronto    Winnipeg    Saskatoon    Calgary    Vancouver

**Langue :**    ENGLISH    FRANÇAIS

Frais à déboursier pour l'examen écrit : \$345.00

Date limite pour l'application: 1<sup>er</sup> juillet

**Envoyez un CHÈQUE ou MANDAT-POSTE payable à : C.B.R.E.T.Inc., avec le formulaire d'inscription dûment rempli à :**

**C.B.R.E.T., Inc., Registrar**  
**Susan McGregor, R.E.T., ENP, RT(EMG), DipIT**  
**Clinical Neurophysiology, Rm C1100**  
**Foothills Medical Centre,**  
**1403 29<sup>th</sup> St. NW**  
**Calgary, AB. T2N 2T9**  
**Tel: ((403)944-8310    Fax: (403)270-8993**  
**Email: CBRETRegistrar@shaw.ca**