



Programme de partenariat avec les universités

Information du coordonnateur d'université

Nom de famille _____ Prénom _____ Titre/Poste _____

Nom de l'université _____ Département _____

Adresse _____ Ville _____ Province _____ Code Postal _____

N° de téléphone au travail _____ Télécopieur _____ Courriel _____

DEUXIÈME PERSONNE

Nom _____ Téléphone _____ Courriel _____

Préférence de contact : Courrier Courriel Téléphone Télécopieur

Veuillez cocher si vous NE VOULEZ PAS recevoir de matériel de promotion (catalogues, informations sur nouveaux produits et promotions spéciales)

Inscription(s) au programme universitaire :

Nom(s) du(des) programme(s) : _____

Cours pertinents : _____

Inscription annuelle au programme : _____

Raison pour cet outil : Formation en classe Stage clinique Recherche Autre _____

Programmes d'intérêt général :

<input type="checkbox"/> Psychologie	<input type="checkbox"/> Orthophonie	<input type="checkbox"/> Ergothérapie	<input type="checkbox"/> Éducation générale
___ Clinique	___ Développement/troubles linguistiques	___ Psychiatrie de l'enfant/adolescent	___ Évaluation en classe
___ Développement	___ Aphasie linguistique	___ Gériatrie	___ Éducation spéciale
___ Psychopédagogie	___ Neurolinguistique	___ Pédiatrie	___ Autre _____
___ Autre _____	___ Autre _____	___ Autre _____	

Intérêts pour les programmes

Je voudrais plus d'information sur :

La participation à la recherche _____ La formation sur le produit _____

Le développement personnel continu _____ La révision du produit _____

Modalités et conditions du programme :

Les rabais offerts dans ce programme ne peuvent pas être combinés avec d'autres offres. En signant ce formulaire, vous stipulez que toutes les ressources achetées dans le cadre de ce programme doivent être employées par des étudiants aux fins de compléter leur formation et non pas pour d'autres buts cliniques. Ce matériel ne doit pas être prêté ou être rendu disponible pour d'autres praticiens ou établissements. Toutes les commandes soumises par l'université dans le cadre de ce programme doivent être envoyées à l'attention du coordonnateur et doivent être facturées et envoyées à l'adresse désignée.

En remplissant ce formulaire, vous consentez à ce que nous utilisions vos informations personnelles afin d'évaluer vos qualifications et aptitudes à administrer les produits développés par Pearson Canada Assessment Inc. Vos informations personnelles seront maintenues confidentielles et traitées selon les lois sur le respect relatif à la vie privée, dont une copie est disponible à www.PsychCorp.ca ou en appelant le 1-866-335-8427.

Pearson Canada Assessment Inc. conservera cette information tant que la relation durera entre le client et Pearson Canada Assessment Inc. Si un client avise Pearson Canada Assessment Inc. qu'il se retire de sa clientèle, Pearson Canada Assessment Inc. détruira les renseignements du client cinq ans après l'avis. Le client peut contacter Pearson Canada Assessment Inc. n'importe quand afin de se renseigner sur son profil et d'exiger que certains renseignements soient enlevés du profil.

Signature _____ Date _____

ADMINISTRATION SEULEMENT :

N° de facturation _____ N° d'expédition _____ Date _____