



Information du coordonnateur d'université

Nom : _____ 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 promotionnel (catalogues, informations sur les nouveaux produits, et promotions spéciales)

Inscription(s) au programme universitaire :

Nom(s) du(des) programme(s) : _____
 Cours pertinents : _____
 Inscription annuelle au programme : _____

Programmes d'intérêt général :

- | | | | |
|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Psychologie | <input type="checkbox"/> Orthophonie | <input type="checkbox"/> Ergothérapie | <input type="checkbox"/> Éducation générale |
| <input type="checkbox"/> Clinique | <input type="checkbox"/> Aphasie linguistique | <input type="checkbox"/> Pédiatrie | <input type="checkbox"/> Évaluation en classes |
| <input type="checkbox"/> Développement | <input type="checkbox"/> Neurolinguistique | <input type="checkbox"/> Gériatrie | <input type="checkbox"/> Éducation spéciale |
| <input type="checkbox"/> Psychopédagogie | <input type="checkbox"/> Développement/troubles linguistique | <input type="checkbox"/> Psychiatrie de l'enfant/adolescent | <input type="checkbox"/> Autre : _____ |
| <input type="checkbox"/> Autre : _____ | <input type="checkbox"/> Autre : _____ | <input type="checkbox"/> 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.PearsonClinical.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: _____

Réservé à l'usage interne :

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