

Ce formulaire vous permet de procéder à la révision de votre examen.

**PARTIE 1 – IDENTIFICATION (en lettres majuscules)****INFORMATION DU CLIENT**

N° de client (10 chiffres)										
M <sup>me</sup> <input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/>	Prénom(s)				Nom					
Date de naissance ____ / ____ / ____ jour    mois    année				Langue de correspondance : Français <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/>						
<b>ADRESSE RÉSIDENTIELLE</b>										
N° d'immeuble				Rue			App.			
Municipalité				Province			Code postal			
Téléphone (domicile)					Téléphone (travail)				Poste	
Cellulaire				Courriel						

**PARTIE 2 – EXAMEN À RÉVISER****Note importante**

*Votre demande de révision doit être envoyée à l'Autorité et reçue à nos bureaux au plus tard le 30<sup>e</sup> jour suivant la communication du résultat de l'examen pour lequel une révision est demandée. Vous devez soumettre une demande de révision de note pour chacun des examens que vous souhaitez faire réviser. Vous pouvez déposer le formulaire papier à l'aide des services en ligne de l'Autorité en sélectionnant la demande de **Révision de notes** sous l'onglet **Autres demandes**.*

Date de la séance d'examens	Titre de l'examen à réviser

**PARTIE 3 – DÉCLARATION DES RENSEIGNEMENTS FOURNIS**

Je déclare que les renseignements fournis dans le présent formulaire sont exacts et complets. Je joins toutes les pièces justificatives exigées pour le traitement de ma demande.

\_\_\_\_\_  
Signature

Date : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
                                  année    mois    jour

SVP, ne pas supprimer cette page  
lors de l'impression de votre formulaire.

Cette page blanche a été placée volontairement, car la page  
**Partie 4 - Droits et frais exigibles et Paiement**  
doit être imprimée sur une page seule, sans information au  
verso.

