



Institut Tai-e de Médecine Chinoise Traditionnelle
Tai-e Institute of Traditional Chinese Medicine

太 e 中 醫 學 院

Head Office: 3293 Place de Chazel, Montréal, Québec, Canada H3M 1E1
Tel: 514-334-7589, 514-336-8119
Fax: 514-334-4513

Email : institut.tai.e@gmail.com

www.tai-e.com

Formulaire de demande/Application Form

Nom/Last Name _____ Prénom/First Name _____

Nom Chinois/Chinese Name (if applicable) _____

Sexe/Sex _____ État Civil/ Marital Status _____

Date de Naissance/Date of Birth jour/day _____ mois/month _____ an/year _____

Lieu de naissance/Place of Birth _____ Citoyenneté/Citizenship _____

Téléphone résidentielle/Telephone number (Home) _____

Téléphone de Bureau/Telephone number (Office) _____

Cellulaire/Cell _____ Courriel/E-Mail _____

Adresse de maison/Home address _____

Ville/City _____ Code Postal/Post Code _____

Adresse de bureau/Office address _____

Ville/City _____ Code Postal/Post Code _____

Education _____

Entree Initiale/Original Entry (if applicable): jour/day ____ mois/month ____ an/year _____

Citoyen/Citizen Resident Permanent/Permanent Resident Autre/Other

Signature _____

Jour/Date _____ Mois/Month _____ An/Year _____

Documents d'application Requis

1. Copie du plus haut diplôme obtenu;
2. Copie de la première page du passeport, du permis de conduire et de la carte de santé;
3. Photo d'identité

Application Documents Required

1. Copy of the highest diploma obtained;
2. Copy of the first page of passport, driver's license and health card;
3. ID photo.