



IBLCE®

International Board of
Lactation Consultant Examiners

AUTORISATION DE VÉRIFICATION DE CERTIFICATION IBCLC

I, _____, _____ autorise la communication
Nom de l'IBCLC N° d'identification de l'IBCLC

des informations concernant ma première année de certification et la date à laquelle elle doit arriver à expiration à :

Nom

Titre

Société

Adresse email

Signature de l'IBCLC

Date

Veuillez envoyer par courriel ou par télécopieur le formulaire rempli au bureau régional approprié:

IBLCE Amériques et Israël

iblce@iblce.org

Aucun fax disponible

IBLCE Europe, Moyen Orient & Afrique du Nord

eume@iblce.org

Fax +43 2252 20 64 87

IBLCE Asie-Pacifique et Afrique

apa@iblce.org

Fax +61 7 5529 8922

Les seules informations que l'IBLCE communiquera sur l'IBCLC est sa première année de certification et sa date d'expiration. Veuillez noter que le processus de vérification peut prendre jusqu'à deux semaines. Toute demande incomplète ne sera PAS traitée.

Le présent formulaire est le seul document dont l'IBLCE a besoin pour répondre à votre demande. Veuillez ne pas inclure d'autres documents personnels du candidat.