



EXAMEN DE COMPÉTENCE EN PHYSIOTHÉRAPIE 2010 FORMULAIRE D'INSCRIPTION

COMPOSANTE CLINIQUE

Veillez remplir lisiblement

RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION

Date de réception : NIP : Numéro d'identification : Paiement : chèque__ crédit__ complet__ versements__ Date d'examen : Résultat d'évaluation : annexé__ requis__ Photos reçues__ requises__

1 Faites un (1) choix (✓) Première demande ___ Reprise ___

2 Faites un (1) choix (✓) Mlle ___ Mme ___ M. ___

3 NOM (tel qu'il apparaîtra sur le certificat)

Nom de famille

Grid for name of family

Prénom(s)/initiales

Date de naissance (aaaa | mm | jj)

Grid for first name/initials and date of birth

4 ADRESSE (pour toute correspondance ainsi que les résultats d'examen)

Rue (numéro et nom):

N° app.

Grid for street address and apartment number

Ville

Pays

Grid for city

Grid for country

Province

Code postal canadien

Code postal (autre pays)

Grid for province

Grid for Canadian postal code

Grid for Canadian postal code

Grid for other postal code

Téléphone (domicile)

Téléphone (travail)

Grid for home phone

Grid for home phone

Grid for home phone

Grid for work phone

Grid for work phone

Grid for work phone

Courriel :

5 ÉTUDES EN PHYSIOTHÉRAPIE (Indiquez toutes vos études postsecondaires)

Table with 5 columns: Nom de l'institution, Ville/Pays, Dates (de/à), Année d'obtention du diplôme, Titre obtenu

Si vous avez obtenu un diplôme de base en physiothérapie à l'extérieur du Canada, ce diplôme a-t-il été reconnu par l'Alliance ? Oui__ Non__ Si oui, veuillez joindre une copie de la lettre qui en documente la reconnaissance officielle.

6 AVEZ-VOUS BESOIN DE SERVICES SPÉCIAUX ?

Oui__ Non__. Si oui, vous devez fournir des renseignements supplémentaires avec votre demande d'inscription. Consultez le Guide du candidat pour obtenir plus d'information.

7 CHOIX DE LA LANGUE DE L'EXAMEN Anglais (A)__ Français (F)__

8 CHOIX DE LA DATE DE L'EXAMEN

Choisissez une date seulement (✓) le 5 juin, 2010 ___ le 21 novembre, 2010 ___

9 EMPLACEMENTS D'EXAMEN – COMPOSANTE CLINIQUE (Consulter le Guide pour vérifier la disponibilité.)

Voici les emplacements possibles pour la composante clinique. Classez vos choix du 1er au 8e.

- Vancouver, CB ___ Winnipeg, MB ___ Ottawa, ON ___ Edmonton, AB ___ Hamilton, ON ___ Halifax, NE ___ Saskatoon, SK ___ Toronto, ON ___

Classez tous les emplacements. Autrement, si votre choix est complet, vous serez automatiquement affecté à un autre emplacement.

L'affectation de votre emplacement pour l'examen est basée sur la date à laquelle nous recevons votre demande complète. Les emplacements sont accordés par ordre de réception des inscriptions. L'Alliance ne garantit pas l'affectation à l'emplacement choisi. Nous vous enverrons des renseignements au sujet de votre affectation une fois que nous aurons reçu votre demande.

10 MODE DE PAIEMENT

Veillez consulter les pages 8-9 du Guide du candidat 2010 pour les options de paiement.

Chèque(s) ou mandat(s). (tous les paiements doivent accompagner le formulaire d'inscription)

OU

Carte de crédit (veuillez remplir ci-dessous)

Carte (cocher une seule case) :

VISA _____

MasterCard _____

J'autorise l'Alliance canadienne des organismes de réglementation de la physiothérapie à porter le montant suivant à ma carte de crédit :

___ Total de **1 200 \$** CDN

___ 1^{er} versement de **700 \$** CDN et 2^e versement de **500 \$** (CDN) (1^{er} mars 2010 – juin, 1^{er} août 2010 – novembre).

Numéro de carte : _____ Date d'expiration (mm/aa) : ____/____

Code de sécurité (numéro à 3 chiffres au verso de la carte) : _____

Nom du détenteur de la carte (tel qu'il apparaît sur la carte) : _____

Signature du détenteur de la carte : _____

NOTE: certains ordres professionnels provinciaux ou territoriaux exigent une confirmation de l'inscription avant de délivrer un permis d'exercice temporaire, avec restriction ou avec supervision. Si vous voulez que l'Alliance confirme votre inscription auprès d'un organisme de réglementation, veuillez remplir le formulaire de demande de vérification et nous le faire parvenir. Vous pouvez le télécharger à l'adresse www.alliancept.org. L'Alliance confirmera votre inscription une fois le premier paiement accepté par votre institution bancaire. Il n'y a aucun délai si vous payez à l'aide d'un chèque certifié, d'un mandat poste ou d'une carte de crédit.

11 LIMITES DE RESPONSABILITÉ

Avant de vous inscrire à l'Examen de compétence en physiothérapie (ECP), vous devez lire et comprendre les limites de responsabilité. Vous devez informer les parties intéressées, comme les employeurs potentiels ou actuels, des limites de responsabilité. Bien que l'Alliance canadienne des organismes de réglementation de la physiothérapie (l'Alliance) prenne des mesures raisonnables pour s'assurer que les renseignements, les ressources et les rapports sont exacts et complets, ni l'Alliance ni aucun de ses agents ou employés n'est responsable des conséquences en cas d'erreurs ou d'omissions et ne doit pas être tenue responsable de tout dommage ou de toute perte subi par le candidat, l'employeur ou l'entrepreneur à la suite d'une décision rendue par l'Alliance ou en son nom ou par l'un ou l'autre de ses agents ou employés. Ceci signifie que l'Alliance n'est pas responsable des conséquences de nature personnelle, professionnelle ou financière, notamment des pertes de revenus, des pertes de salaire et toutes dépenses encourues par un employeur, un entrepreneur ou un candidat.

En s'inscrivant et en participant à l'ECP, vous convenez que vous n'intentez pas de procès ni aucune autre procédure contre l'Alliance ou l'un de ses agents ou employés, relativement à quelque geste que ce soit posé de bonne foi en lien avec l'ECP, y compris les erreurs, les omissions, la négligence ou le manquement. Vous acceptez également de libérer en totalité et d'indemniser l'Alliance, ses agents et ses employés, d'une telle action et d'un tel procès. Ceci signifie que l'Alliance ne sera pas tenue responsable de toute perte de revenu ou dépense encourue par vous-même ou un employeur ou un entrepreneur à la suite d'une décision de l'Alliance relativement à l'ECP et que vous convenez de n'entreprendre aucune action en justice contre l'Alliance.

12 DÉCLARATION

J'ai lu et compris l'information présentée dans le Guide du candidat 2010, y compris les règles relatives aux remboursements, les principes relatifs aux appels, les limites de responsabilité, de même que le contenu et l'intention des Règles de conduite lors de l'ECP. Je consens à la collecte, à l'emploi et à la divulgation de mes renseignements personnels pour les buts décrits dans la politique sur la protection de la vie privée de l'Alliance.

J'autorise la divulgation de mes résultats d'examen aux ordres professionnels canadiens de la physiothérapie. Je comprends que, pour être admissible à la composante clinique, je dois avoir réussi la composante écrite. Je comprends aussi que je peux perdre le droit de me présenter à l'examen ou de poursuivre l'examen (voir le Guide du candidat, pages 25-26). Je déclare que tous les renseignements fournis dans ce formulaire et dans les documents annexés sont véridiques, exacts et complets.

Je suis conscient(e) que les renseignements que j'ai fournis peuvent être vérifiés par l'Alliance et que, pendant cette vérification, l'Alliance pourrait avoir besoin de divulguer les renseignements que j'ai fournis à une tierce personne. Je consens à cette divulgation par l'Alliance et à la divulgation de mes renseignements personnels par des tierces personnes à l'Alliance dans le cas où ce serait nécessaire afin que l'Alliance traite ma demande d'inscription et pour vérifier les renseignements que j'ai fournis. J'autorise la divulgation des données non nominatives aux fins de recherche.

Signature: _____ Date: _____

LISTE DE CONTRÔLE POUR L'INSCRIPTION À LA COMPOSANTE CLINIQUE

- Le formulaire d'inscription est rempli, signé et daté.
- Tous les paiements sont inclus (frais d'inscription, 1^{er} versement, 2^e versement).
- Deux photographies couleur identiques de grandeur passeport sont incluses.
- Tous les documents supplémentaires sont joints, au besoin (lettre d'agrément, renseignements au sujet des besoins spéciaux).