



Avant de remplir ce formulaire de demande, veuillez lire soigneusement la section du site Web qui vous concerne.

Renseignements généraux

Prénom légal	Nom de famille légal	Second prénom légal
Prénom et nom de famille communément utilisés dans votre pratique (le cas échéant)		
Ancien prénom légal (si vous avez changé votre prénom depuis l'obtention de votre diplôme)	Ancien nom de famille légal (si vous avez changé votre nom depuis l'obtention de votre diplôme)	
Adresse du domicile (numéro, rue, appartement)		
Ville	Province/Territoire	Pays
Code postal	Adresse postale préférée <input type="radio"/> Domicile <input type="radio"/> Bureau	
Téléphone ()	Adresse électronique préférée	
Date de naissance (jj/mm/aaaa)	À quel genre vous identifiez-vous?	

Langues

Langue première	Langue dans laquelle vous avez étudié l'ergothérapie	Langue préférée pour recevoir de la documentation de l'Ordre <input type="radio"/> Anglais ou <input type="radio"/> Français
-----------------	--	--

Indiquez jusqu'à cinq langues dans lesquelles vous pouvez personnellement et de façon compétente offrir des services professionnels :

1)	2)	3)
4)	5)	

Catégorie d'inscription

Je fais une demande pour un :

- Certificat de pratique générale
- Certificat de pratique provisoire
- Certificat de pratique temporaire

Autorisation légale de travailler au Canada

Indiquez votre situation :

- Je suis un(e) citoyen(ne) canadien(ne)
- Je suis un(e) résident(e) permanent(e) ou un(e) immigrant(e) reçu(e)
- Je suis autorisé(e) à travailler au Canada conformément à la *Loi sur l'immigration et la protection des réfugiés* (permis de travail)
- Je n'ai pas le droit de travailler au Canada pour le moment

Heures d'exercice de la profession

Veillez cocher la case qui s'applique à votre cas.

- Au cours des trois dernières années, j'ai travaillé au moins 600 heures dans le champ d'application de l'ergothérapie.
- J'ai obtenu mon diplôme d'un programme d'ergothérapie approuvé par l'Ordre au cours des 18 derniers mois.
- J'ai terminé un programme de réintégration au cours des 18 derniers mois.
- Je ne satisfais peut-être à aucune des exigences mentionnées ci-dessus et demande l'examen de mon dossier.

Éducation dans le domaine de l'ergothérapie

Indiquez tous les titres de compétence obtenus en ergothérapie (inscrivez le code qui correspond au niveau pertinent dans la case).

Niveau d'éducation	Université	Prov./État	Pays	Année d'obtention du diplôme	Domaine d'étude
<input type="text"/>					<input type="text"/>
<input type="text"/>	Université	Prov./État	Pays	Année d'obtention du diplôme	<input type="text"/>
<input type="text"/>	Université	Prov./État	Pays	Année d'obtention du diplôme	<input type="text"/>
<input type="text"/>	Université	Prov./État	Pays	Année d'obtention du diplôme	<input type="text"/>

20 Baccalauréat

31 Maîtrise

40 Doctorat

Éducation dans des domaines autres que l'ergothérapie

Indiquez tous les titres de compétence obtenus dans un domaine autre que l'ergothérapie (inscrivez le code qui correspond au niveau pertinent dans la case).

Niveau d'éducation	Université	Prov./État	Pays	Année d'obtention du diplôme	Domaine d'étude
<input type="text"/>					<input type="text"/>
<input type="text"/>	Université	Prov./État	Pays	Année d'obtention du diplôme	<input type="text"/>

10 Diplôme

20 Baccalauréat

31 Maîtrise

40 Doctorat

Choisissez le domaine d'étude pour toute autre formation achevée.

(Consultez le glossaire pour connaître les définitions.)

- | | |
|--|---|
| 01 Réadaptation générale | 11 Psychologie |
| 02 Mathématique, sciences informatiques | 12 Sciences sociales, arts et sciences humaines |
| 03 Sciences de laboratoire médical | 13 Sciences physiques |
| 04 Administration/gestion de la santé | 14 Affaires, gestion, commercialisation et domaines connexes |
| 05 Administration publique | 15 Éducation |
| 06 Kinésiologie et exercice | 16 Droit |
| 07 Santé publique | 18 Génie |
| 08 Professions de la santé et sciences cliniques connexes | 19 Autre domaine d'étude |
| 09 Gériologie | |
| 10 Biologie et sciences biomédicales | |

Examen

Veillez cocher la réponse qui s'applique à vous :

- J'ai réussi l'examen d'agrément national de l'Association canadienne des ergothérapeutes (ACE) le : _____ (jj/mm/aaaa)
- Je suis inscrit(e) pour faire l'examen d'agrément national de l'ACE
Date de l'examen : _____ (jj/mm/aaaa)
- Je fais une demande d'inscription dans le cadre de l'Entente sur la mobilité de la main-d'œuvre
- J'étais un(e) ergothérapeute inscrit(e) dans une compétence territoriale canadienne au 1^{er} janvier 1994

Renseignements sur les lieux de travail

Oui Non Avez-vous plus de trois employeurs?

Premier lieu de travail (lieu de travail principal)

(Pour chaque section ci-dessous, choisissez la description qui représente le mieux la plus grosse partie de votre travail.)

Nom de l'employeur		Code postal
Adresse		Pays
		Téléphone ()
Ville		Télécopieur ()
Province	Date de début d'emploi (jj/mm/aaaa)	Le code postal reflète-t-il le lieu de la pratique? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non

Quelle est votre catégorie d'emploi à ce lieu de travail? (Consultez le glossaire pour connaître les définitions.)

- Permanent
 Temporaire
 Occasionnel
 Autonome

Quel est votre statut d'emploi à ce lieu de travail?

(Consultez le glossaire pour connaître les définitions.)

- Temps plein
 Indiquez le nombre approximatif/moyen d'heures travaillées par semaine.
- Temps partiel
 Indiquez le nombre approximatif/moyen d'heures travaillées par semaine.
- Occasionnel
 Indiquez le nombre approximatif/moyen d'heures travaillées par semaine.

Quel est l'emplacement principal de ce lieu de travail? (Consultez le glossaire pour connaître les définitions.)

- | | |
|---|---|
| <input type="radio"/> Hôpital général | <input type="radio"/> Pratique/entreprise professionnelle solo |
| <input type="radio"/> Hôpital/établissement de réadaptation | <input type="radio"/> Établissement d'enseignement postsecondaire |
| <input type="radio"/> Centre de traitement pour enfants | <input type="radio"/> Centre préscolaire/système scolaire/conseil scolaire |
| <input type="radio"/> Établissement de santé mentale et toxicomanie | <input type="radio"/> Entreprise/industrie reliée au domaine de la santé |
| <input type="radio"/> Établissement de soins en résidence ou de soins prolongés | <input type="radio"/> Centre de santé de groupe (Sault Ste. Marie) |
| <input type="radio"/> Établissement d'aide à la vie autonome | <input type="radio"/> Centre de traitement du cancer |
| <input type="radio"/> Centre de santé communautaire | <input type="radio"/> Télésanté Ontario ou autres services de consultation téléphonique sur la santé |
| <input type="radio"/> Centre d'accès aux soins communautaires | <input type="radio"/> Commission d'hygiène/laboratoire de santé publique/bureau de santé publique |
| <input type="radio"/> Organisme/entreprise de visites/environnement du client | <input type="radio"/> Association/gouvernement/organisme de réglementation/organisme non gouvernemental |
| <input type="radio"/> Équipe de santé familiale | <input type="radio"/> Organisme correctionnel |
| <input type="radio"/> Établissement de santé autonome | <input type="radio"/> Autre emplacement non décrit |
| <input type="radio"/> Clinique d'infirmières praticiennes | |
| <input type="radio"/> Cabinet/clinique de groupe de praticiens | |

Quel est votre rôle principal à ce lieu de travail? (Consultez le glossaire pour connaître les définitions.)

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> Administrateur | <input type="radio"/> Instructeur/Éducateur |
| <input type="radio"/> Gestionnaire | <input type="radio"/> Chercheur |
| <input type="radio"/> Propriétaire/Exploitant | <input type="radio"/> Vendeur |
| <input type="radio"/> Fournisseur de services – Soins directs | <input type="radio"/> Spécialiste de la gestion de la qualité |
| <input type="radio"/> Fournisseur de services – Leader professionnel | <input type="radio"/> Autre |
| <input type="radio"/> Expert-conseil | |

Quel est le principal service que vous fournissez à ce lieu de travail? (Consultez le glossaire pour connaître les définitions.)

- | | |
|--|--|
| <input type="radio"/> Santé mentale et toxicomanie | <input type="radio"/> Consultation |
| <input type="radio"/> Soins palliatifs | <input type="radio"/> Ventes |
| <input type="radio"/> Services généraux | <input type="radio"/> Administration |
| <input type="radio"/> Prévention et gestion de maladies chroniques | <input type="radio"/> Autres domaines de services directs/consultation |
| <input type="radio"/> Soins primaires intégrés | <input type="radio"/> Urgences |
| <input type="radio"/> Gestion de la qualité | <input type="radio"/> Prévention et contrôle des maladies infectieuses |
| <input type="radio"/> Soins aux personnes atteintes du cancer | <input type="radio"/> Autres domaines de pratique |
| <input type="radio"/> Enseignement postsecondaire | <input type="radio"/> *Soins critiques |
| <input type="radio"/> Santé publique | <input type="radio"/> *Soins aigus |
| <input type="radio"/> Recherche | <input type="radio"/> *Soins continus |
| <input type="radio"/> Gestion des services aux clients | <input type="radio"/> *Soins gériatriques |
| <input type="radio"/> Réadaptation professionnelle | |

Si vous choisissez un des services précédés d'un astérisque (*), veuillez préciser le trouble de santé principal, tel que décrit ci-dessous (un choix seulement).

- Neurologique
- Cardiovasculaire et respiratoire
- Musculo-squelettique
- Digestif/métabolique/endocrinien

Quel est le principal groupe d'âge de vos clients à ce lieu de travail?

- | | | | |
|--|---------------------------------------|---|-------------------------------------|
| <input type="radio"/> Préscolaire (0-4) | <input type="radio"/> Scolaire (5-17) | <input type="radio"/> Personnes âgées (65+) | <input type="radio"/> Tous les âges |
| <input type="radio"/> Pédiatrique mixte (0-17) | <input type="radio"/> Adultes (18-64) | <input type="radio"/> Adultes mixtes (18-65+) | <input type="radio"/> Sans objet |

Source de financement

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="radio"/> Public/Gouvernement | <input type="radio"/> Mélange public/privé | <input type="radio"/> Assurance automobile |
| <input type="radio"/> Secteur privé/Client individuel | <input type="radio"/> Autre source de financement | <input type="radio"/> Autre assurance |

Deuxième lieu de travail

(Pour chaque section ci-dessous, choisissez la description qui représente le mieux la plus grosse partie de votre travail.)

Nom de l'employeur		Code postal
Adresse		Pays
		Téléphone ()
Ville		Télécopieur ()
Province	Date de début d'emploi (jj/mm/aaaa)	Le code postal reflète-t-il le lieu de la pratique? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non

Quelle est votre catégorie d'emploi à ce lieu de travail? (Consultez le glossaire pour connaître les définitions.)

- Permanent
- Temporaire
- Occasionnel
- Autonome

Quel est votre statut d'emploi à ce lieu de travail?

(Consultez le glossaire pour connaître les définitions.)

- Temps plein
_____ Indiquez le nombre approximatif/moyen d'heures travaillées par semaine.
- Temps partiel
_____ Indiquez le nombre approximatif/moyen d'heures travaillées par semaine.
- Occasionnel
_____ Indiquez le nombre approximatif/moyen d'heures travaillées par semaine.

Quel est l'emplacement principal de ce lieu de travail? (Consultez le glossaire pour connaître les définitions.)

- | | |
|---|---|
| <input type="radio"/> Hôpital général | <input type="radio"/> Pratique/entreprise professionnelle solo |
| <input type="radio"/> Hôpital/établissement de réadaptation | <input type="radio"/> Établissement d'enseignement postsecondaire |
| <input type="radio"/> Centre de traitement pour enfants | <input type="radio"/> Centre préscolaire/système scolaire/conseil scolaire |
| <input type="radio"/> Établissement de santé mentale et toxicomanie | <input type="radio"/> Entreprise/industrie reliée au domaine de la santé |
| <input type="radio"/> Établissement de soins en résidence ou de soins prolongés | <input type="radio"/> Centre de santé de groupe (Sault Ste. Marie) |
| <input type="radio"/> Établissement d'aide à la vie autonome | <input type="radio"/> Centre de traitement du cancer |
| <input type="radio"/> Centre de santé communautaire | <input type="radio"/> Télésanté Ontario ou autres services de consultation téléphonique sur la santé |
| <input type="radio"/> Centre d'accès aux soins communautaires | <input type="radio"/> Commission d'hygiène/laboratoire de santé publique/bureau de santé publique |
| <input type="radio"/> Organisme/entreprise de visites/environnement du client | <input type="radio"/> Association/gouvernement/organisme de réglementation/organisme non gouvernemental |
| <input type="radio"/> Équipe de santé familiale | <input type="radio"/> Organisme correctionnel |
| <input type="radio"/> Établissement de santé autonome | <input type="radio"/> Autre emplacement non décrit |
| <input type="radio"/> Clinique d'infirmières praticiennes | |
| <input type="radio"/> Cabinet/clinique de groupe de praticiens | |

Quel est votre rôle principal à ce lieu de travail? (Consultez le glossaire pour connaître les définitions.)

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> Administrateur | <input type="radio"/> Instructeur/Éducateur |
| <input type="radio"/> Gestionnaire | <input type="radio"/> Chercheur |
| <input type="radio"/> Propriétaire/Exploitant | <input type="radio"/> Vendeur |
| <input type="radio"/> Fournisseur de services – Soins directs | <input type="radio"/> Spécialiste de la gestion de la qualité |
| <input type="radio"/> Fournisseur de services – Leader professionnel | <input type="radio"/> Autre |
| <input type="radio"/> Expert-conseil | |

Quel est le principal service que vous fournissez à ce lieu de travail? (Consultez le glossaire pour connaître les définitions.)

- | | |
|--|--|
| <input type="radio"/> Santé mentale et toxicomanie | <input type="radio"/> Consultation |
| <input type="radio"/> Soins palliatifs | <input type="radio"/> Ventes |
| <input type="radio"/> Services généraux | <input type="radio"/> Administration |
| <input type="radio"/> Prévention et gestion de maladies chroniques | <input type="radio"/> Autres domaines de services directs/consultation |
| <input type="radio"/> Soins primaires intégrés | <input type="radio"/> Urgences |
| <input type="radio"/> Gestion de la qualité | <input type="radio"/> Prévention et contrôle des maladies infectieuses |
| <input type="radio"/> Soins aux personnes atteintes du cancer | <input type="radio"/> Autres domaines de pratique |
| <input type="radio"/> Enseignement postsecondaire | <input type="radio"/> *Soins critiques |
| <input type="radio"/> Santé publique | <input type="radio"/> *Soins aigus |
| <input type="radio"/> Recherche | <input type="radio"/> *Soins continus |
| <input type="radio"/> Gestion des services aux clients | <input type="radio"/> *Soins gériatriques |
| <input type="radio"/> Réadaptation professionnelle | |

Si vous choisissez un des services précédés d'un astérisque (*), veuillez préciser le trouble de santé principal, tel que décrit ci-dessous (un choix seulement).

- | |
|--|
| <input type="radio"/> Neurologique |
| <input type="radio"/> Cardiovasculaire et respiratoire |
| <input type="radio"/> Musculo-squelettique |
| <input type="radio"/> Digestif/métabolique/endocrinien |

Quel est le principal groupe d'âge de vos clients à ce lieu de travail?

- | | | | |
|--|---------------------------------------|---|-------------------------------------|
| <input type="radio"/> Préscolaire (0-4) | <input type="radio"/> Scolaire (5-17) | <input type="radio"/> Personnes âgées (65+) | <input type="radio"/> Tous les âges |
| <input type="radio"/> Pédiatrique mixte (0-17) | <input type="radio"/> Adultes (18-64) | <input type="radio"/> Adultes mixtes (18-65+) | <input type="radio"/> Sans objet |

Source de financement

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="radio"/> Public/Gouvernement | <input type="radio"/> Mélange public/privé | <input type="radio"/> Assurance automobile |
| <input type="radio"/> Secteur privé/Client individuel | <input type="radio"/> Autre source de financement | <input type="radio"/> Autre assurance |

Troisième lieu de travail

(Pour chaque section ci-dessous, choisissez la description qui représente le mieux la plus grosse partie de votre travail.)

Nom de l'employeur		Code postal
Adresse		Pays
		Téléphone ()
Ville		Télécopieur ()
Province	Date de début d'emploi (jj/mm/aaaa)	Le code postal reflète-t-il le lieu de la pratique? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non

Quelle est votre catégorie d'emploi à ce lieu de travail? (Consultez le glossaire pour connaître les définitions.)

- Permanent
- Temporaire
- Occasionnel
- Autonome

Quel est votre statut d'emploi à ce lieu de travail?

(Consultez le glossaire pour connaître les définitions.)

- Temps plein
_____ Indiquez le nombre approximatif/moyen d'heures travaillées par semaine.
- Temps partiel
_____ Indiquez le nombre approximatif/moyen d'heures travaillées par semaine.
- Occasionnel
_____ Indiquez le nombre approximatif/moyen d'heures travaillées par semaine.

Quel est l'emplacement principal de ce lieu de travail? (Consultez le glossaire pour connaître les définitions.)

- | | |
|---|---|
| <input type="radio"/> Hôpital général | <input type="radio"/> Pratique/entreprise professionnelle solo |
| <input type="radio"/> Hôpital/établissement de réadaptation | <input type="radio"/> Établissement d'enseignement postsecondaire |
| <input type="radio"/> Centre de traitement pour enfants | <input type="radio"/> Centre préscolaire/système scolaire/conseil scolaire |
| <input type="radio"/> Établissement de santé mentale et toxicomanie | <input type="radio"/> Entreprise/industrie reliée au domaine de la santé |
| <input type="radio"/> Établissement de soins en résidence ou de soins prolongés | <input type="radio"/> Centre de santé de groupe (Sault Ste. Marie) |
| <input type="radio"/> Établissement d'aide à la vie autonome | <input type="radio"/> Centre de traitement du cancer |
| <input type="radio"/> Centre de santé communautaire | <input type="radio"/> Télésanté Ontario ou autres services de consultation téléphonique sur la santé |
| <input type="radio"/> Centre d'accès aux soins communautaires | <input type="radio"/> Commission d'hygiène/laboratoire de santé publique/bureau de santé publique |
| <input type="radio"/> Organisme/entreprise de visites/environnement du client | <input type="radio"/> Association/gouvernement/organisme de réglementation/organisme non gouvernemental |
| <input type="radio"/> Équipe de santé familiale | <input type="radio"/> Organisme correctionnel |
| <input type="radio"/> Établissement de santé autonome | <input type="radio"/> Autre emplacement non décrit |
| <input type="radio"/> Clinique d'infirmières praticiennes | |
| <input type="radio"/> Cabinet/clinique de groupe de praticiens | |

Quel est votre rôle principal à ce lieu de travail? (Consultez le glossaire pour connaître les définitions.)

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> Administrateur | <input type="radio"/> Instructeur/Éducateur |
| <input type="radio"/> Gestionnaire | <input type="radio"/> Chercheur |
| <input type="radio"/> Propriétaire/Exploitant | <input type="radio"/> Vendeur |
| <input type="radio"/> Fournisseur de services – Soins directs | <input type="radio"/> Spécialiste de la gestion de la qualité |
| <input type="radio"/> Fournisseur de services – Leader professionnel | <input type="radio"/> Autre |
| <input type="radio"/> Expert-conseil | |

Quel est le principal service que vous fournissez à ce lieu de travail? (Consultez le glossaire pour connaître les définitions.)

- | | |
|--|--|
| <input type="radio"/> Santé mentale et toxicomanie | <input type="radio"/> Consultation |
| <input type="radio"/> Soins palliatifs | <input type="radio"/> Ventes |
| <input type="radio"/> Services généraux | <input type="radio"/> Administration |
| <input type="radio"/> Prévention et gestion de maladies chroniques | <input type="radio"/> Autres domaines de services directs/consultation |
| <input type="radio"/> Soins primaires intégrés | <input type="radio"/> Urgences |
| <input type="radio"/> Gestion de la qualité | <input type="radio"/> Prévention et contrôle des maladies infectieuses |
| <input type="radio"/> Soins aux personnes atteintes du cancer | <input type="radio"/> Autres domaines de pratique |
| <input type="radio"/> Enseignement postsecondaire | <input type="radio"/> *Soins critiques |
| <input type="radio"/> Santé publique | <input type="radio"/> *Soins aigus |
| <input type="radio"/> Recherche | <input type="radio"/> *Soins continus |
| <input type="radio"/> Gestion des services aux clients | <input type="radio"/> *Soins gériatriques |
| <input type="radio"/> Réadaptation professionnelle | |

Si vous choisissez un des services précédés d'un astérisque (*), veuillez préciser le trouble de santé principal, tel que décrit ci-dessous (un choix seulement).

- Neurologique
- Cardiovasculaire et respiratoire
- Musculo-squelettique
- Digestif/métabolique/endocrinien

Quel est le principal groupe d'âge de vos clients à ce lieu de travail?

- | | | | |
|--|---------------------------------------|---|-------------------------------------|
| <input type="radio"/> Préscolaire (0-4) | <input type="radio"/> Scolaire (5-17) | <input type="radio"/> Personnes âgées (65+) | <input type="radio"/> Tous les âges |
| <input type="radio"/> Pédiatrique mixte (0-17) | <input type="radio"/> Adultes (18-64) | <input type="radio"/> Adultes mixtes (18-65+) | <input type="radio"/> Sans objet |

Source de financement

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="radio"/> Public/Gouvernement | <input type="radio"/> Mélange public/privé | <input type="radio"/> Assurance automobile |
| <input type="radio"/> Secteur privé/Client individuel | <input type="radio"/> Autre source de financement | <input type="radio"/> Autre assurance |

Aptitude à exercer la profession

Ces questions visent l'exercice de l'ergothérapie, l'exercice d'autres professions réglementées, les infractions et les conditions de la mise en liberté sous caution, la conduite et votre capacité d'exercer l'ergothérapie de façon sécuritaire et responsable. Si vous répondez « oui » à n'importe laquelle de ces questions, vous devrez fournir de l'information supplémentaire dans la section « Renseignements additionnels » à la page 9.

Conduite professionnelle

- 1) Oui Non Y a-t-il un organisme de réglementation qui a refusé de vous inscrire, de vous rendre membre ou de vous délivrer une licence au Canada ou ailleurs?
- 2) Oui Non Avez-vous déjà été déclaré coupable d'une faute professionnelle, incompetence, incapacité ou problème de même nature au Canada ou ailleurs?
- 3) Oui Non Faites-vous en ce moment l'objet d'une procédure (comme une audience) pour faute professionnelle, incompetence, incapacité ou problème de même nature au Canada ou ailleurs?
- 4) Oui Non Avez-vous déjà été déclaré coupable d'une négligence professionnelle ou d'une faute médicale au Canada ou ailleurs?
- 5) Oui Non Avez-vous été accusé d'une infraction quelconque au Canada ou ailleurs?
- 6) Oui Non Êtes-vous présentement assujéti à des conditions ou restrictions (comme des conditions de la mise en liberté sous caution) stipulées par un tribunal (ou une autorité similaire) au Canada ou ailleurs?
- 7) Oui Non Avez-vous été déclaré coupable par un tribunal ou une autre autorité légale d'une infraction quelconque au Canada ou ailleurs?
- 8) Oui Non Y a-t-il d'autres événements, circonstances, conditions ou affaires que vous n'avez pas divulgués dans vos réponses aux questions précédentes concernant vos mœurs, votre conduite, votre compétence ou votre capacité physique ou mentale qui pourraient affecter votre capacité d'exercer l'ergothérapie d'une manière sécuritaire et professionnelle?

Inscription professionnelle

- 1) Oui Non Êtes-vous actuellement inscrit/autorisé à exercer la profession d'ergothérapeute au Canada ou ailleurs? (Si oui, vous devez fournir les renseignements requis ci-dessous. Utilisez une feuille séparée au besoin.)

Organisme de réglementation	Province/ État	Pays	Numéro d'inscription	Statut de l'inscription	Date initiale de l'inscription (mm/aaaa)	Date d'échéance

- 2) Oui Non Êtes-vous actuellement inscrit/autorisé à exercer une profession autre que celle d'ergothérapeute au Canada ou ailleurs? (Si oui, vous devez fournir les renseignements requis ci-dessous. Utilisez une feuille séparée au besoin.)

Nom de la profession : _____

Organisme de réglementation	Province/ État	Pays	Numéro d'inscription	Statut de l'inscription	Date initiale de l'inscription (mm/aaaa)	Date d'échéance

Questions sur l'exercice de la profession (Veuillez répondre aux questions suivantes si vous avez déjà exercé la profession en dehors de l'Ontario.)

Avez-vous déjà exercé la profession d'ergothérapeute en dehors de l'Ontario? Oui Non

Dernier pays où vous avez exercé la profession d'ergothérapeute (en dehors du Canada) : s.o.

Dernière province/dernier territoire ou état où vous avez exercé la profession d'ergothérapeute (Canada ou É.-U. seulement) : s.o.

Dernière année où vous avez exercé la profession d'ergothérapeute dans une compétence autre que l'Ontario : _____ s.o.

Assurance responsabilité professionnelle

Souscrivez-vous une assurance
responsabilité professionnelle?

Oui Non

Régime souscrit auprès de	Date d'échéance (jj/mm/aaaa)	Numéro du certificat

Déclarations

Je, _____, autorise par les présentes l'Ordre des ergothérapeutes de l'Ontario à obtenir des renseignements auprès des autres organismes de réglementation, des établissements d'enseignement, de mes employeurs présents et passés et de toute autre source pour les fins associées à mon inscription et à mes qualifications. Ma signature sur cette page signifie que je confère à ces personnes ou entités l'autorité suffisante et irrévocable de divulguer ces renseignements à l'Ordre.

Je certifie par les présentes que les déclarations que j'ai faites dans ce formulaire sont complètes et exactes, au meilleur de ma connaissance et de ma croyance. Je comprends que toute déclaration fautive ou trompeuse peut me priver du droit à l'inscription ou entraîner la révocation de toute inscription qui pourrait m'avoir été accordée.

Signature	Date (jj/mm/aaaa)	Témoin

Renseignements additionnels

Veuillez utiliser cet espace pour indiquer l'information pour laquelle vous avez manqué d'espace dans le formulaire. Utilisez une autre feuille au besoin.

FORMULAIRE DE DEMANDE – 2018

10 de 10

Paiement

- Droits de demande
226,00 \$ (comprend la TVH) ou Droits de réintégration
45,20 \$ (comprend la TVH)

Les droits d'inscription sont calculés au prorata par trimestre pour les candidats. L'année d'inscription est du 1^{er} juin au 31 mai. Indiquez la période où vous voulez débiter l'inscription. Tous les droits comprennent la TVH.

- 1^{er} juin-31 août 743,03 \$ 1^{er} sept.-30 nov. 557,28 \$ 1^{er} déc.-28 févr. 371,52 \$ 1^{er} mars-31 mai 185,76 \$

Option de paiement 1

- VISA MasterCard American Express (Veuillez fournir les renseignements ci-dessous pour les paiements par carte de crédit.)

Numéro de la carte de crédit :

Date d'expiration :

□□□□ □□□□ □□□□ □□□□ □□□□

Nom sur la carte

Montant total autorisé

\$

Signature du titulaire de la carte

Option de paiement 2

- Chèque Mandat

Veuillez libeller au nom de :
et envoyer par la poste à :

COTO
20, rue Bay, bureau 900
C.P. 78
Toronto ON M5J 2N8

Des droits de 25 \$ plus les taxes applicables seront chargés pour tous les chèques sans provision et tous les paiements par carte de crédit qui sont refusés au bureau de l'Ordre.

Questions?

Courriel : registration@coto.org **Tél. :** 1.800.890.6570, poste 224 **Télé. :** 416.214.0851 **www.coto.org**

À l'usage du bureau seulement			
Numéro d'inscription		Date de traitement du paiement :	
Droits de demande \$	Date du traitement :	Doits d'inscription \$	Date du traitement :
N° d'autorisation du chèque		Traité par (signature)	

Confidentialité et accès du public à l'information

Dans le cadre de ses activités de réglementation, l'Ordre des ergothérapeutes de l'Ontario recueille, utilise et divulgue des renseignements personnels conformément à la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées* et la *Loi de 1991 sur les ergothérapeutes*, ainsi que les règlements et règlements administratifs découlant de ces lois. Bien que ces activités de réglementation ne soient pas de nature commerciale et ne soient donc pas assujetties à la *Loi sur la protection des renseignements personnels et les documents électroniques* du gouvernement fédéral, l'Ordre met l'accent sur la protection des renseignements personnels d'une manière conforme à son code sur la protection de la vie privée.

Les renseignements recueillis dans ce formulaire visent à aider l'Ordre à réaliser ses activités de réglementation comme, par exemple, pour savoir où un membre travaille si une plainte est déposée, planifier les initiatives d'assurance de la qualité qui aideront le mieux les membres, et fournir de l'information professionnelle sur divers sujets, comme le statut de l'inscription, les coordonnées de bureau d'un membre qui sont partagées avec le public ainsi que les exigences de déclaration nationale et provinciale visant à planifier les ressources humaines dans le domaine de la santé.

Bien que la plupart de ces renseignements recueillis par l'Ordre soient strictement confidentiels, l'Ordre est requis ou autorisé par la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées* (article 2 et article 23) et les règlements administratifs de l'Ordre (section 17) à divulguer certains renseignements sur les membres au public. Les données utilisées pour la planification des ressources humaines dans le domaine de la santé sont anonymisées avant d'être partagées.