



EXAMEN DE COMPÉTENCE EN PHYSIOTHÉRAPIE 2012
FORMULAIRE D'INSCRIPTION

COMPOSANTE ÉCRITE

Veillez remplir lisiblement

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

2 Faites un (✓) choix Mlle _____ Mme _____ M. _____

3 **NOM** (doit être le même que la Déclaration d'identité)

Nom de famille

--	--

Prénom(s)/initiales
(aaaa/mm/jj)

Date de naissance

--	--

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

Rue (numéro et nom)

N° app.

--	--

Ville

Pays

--	--

--

Province

Code postal canadien

Code postal (autre pays)

--	--	--	--	--	--

--

Téléphone (domicile)

Téléphone (travail)

--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--

Courriel

5 **ÉTUDES EN PHYSIOTHÉRAPIE** (Indiquez **toutes** vos études postsecondaires)

Nom de l'institution	Ville/Pays	Dates (de/à)	Année d'obtention du diplôme	Diplôme 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 confirme la reconnaissance officielle.

6 **AVEZ-VOUS DES BESOINS SPÉCIAUX ?**

Oui _____ Non _____

Si oui, vous **devez** fournir des renseignements supplémentaires avec votre demande d'inscription. Consultez le Manuel d'examen 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 (✓)

5 février 2012 _____ 14 avril 2012 _____ 13 mai 2012 _____
14 juillet 2012 _____ 9 septembre 2012 _____ 24 novembre 2012 _____

9 **EMPLACEMENTS D'EXAMEN – COMPOSANTE ÉCRITE** (Consulter le Manuel d'examen pour vérifier la disponibilité.)

Les examens en anglais et en français sont offerts à tous ces emplacements. Indiquez vos trois choix.

Vancouver, CB _____	Toronto, ON _____	Montréal, QC _____	St. John's, TNL _____
Edmonton, AB _____	Hamilton, ON _____	Fredericton, NB _____	Whitehorse, YK _____
Saskatoon, SK _____	London, ON _____	Charlottetown, IPE _____	
Winnipeg, MB _____	Ottawa, ON _____	Halifax, NE _____	

Sélectionnez trois emplacements. Sinon, si votre choix est complet, vous serez automatiquement affecté à un autre emplacement.

L'attribution 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 d'inscriptions. L'Alliance ne garantit pas l'attribution à l'emplacement choisi. Nous vous enverrons des renseignements au sujet de votre emplacement une fois que nous aurons reçu votre demande.

10

MODE DE PAIEMENT (Veuillez consulter les pages 10 à 12 du Manuel d'examen 2012 pour les choix de paiement.)

- Chèque(s) ou mandat (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 de 775 \$ CDN à ma carte de crédit		
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 vous inscrivant et en participant à l'ECP, vous convenez que vous n'intenterez 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 Manuel d'examen 2012, 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 Manuel d'examen, pages 27 à 28). 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: _____

De plus, j'autorise la divulgation de mes résultats d'examen et de mon profil de rendement à mon programme de physiothérapie canadien à des fins d'évaluation et de révision interne du programme.

Signature: _____ Date: _____

LISTE DE CONTRÔLE POUR L'INSCRIPTION À LA COMPOSANTE ÉCRITE

- Le formulaire d'inscription est rempli, signé et daté.
- Tous les paiements sont inclus (1^{er} versement, 2^e versement).
- Déclaration d'identité, (si vous ne l'avez pas déjà envoyée), et la deuxième copie de la photographie.
- Tous les documents supplémentaires sont joints, au besoin (lettre de reconnaissance des diplômes, renseignements au sujet des besoins spéciaux).