



8 **CHOIX DE LA DATE DE L'EXAMEN**

Choisissez une seule date (✓) le 6 juin, 2009 \_\_\_\_\_ le 22 novembre, 2009 \_\_\_\_\_

9 **SITES D'EXAMEN -COMPOSANTE CLINIQUE – Voir le Guide pour la disponibilité**

Ceux-ci sont des sites possibles pour la composante clinique de l'examen. Classez vos choix du 1<sup>er</sup> au 8<sup>e</sup>.

Vancouver-CB \_\_\_\_\_ Winnipeg-MB \_\_\_\_\_ Ottawa-ON \_\_\_\_\_  
Edmonton-AB \_\_\_\_\_ Hamilton-ON \_\_\_\_\_ Halifax-NÉ \_\_\_\_\_  
Saskatoon-SK \_\_\_\_\_ Toronto-ON \_\_\_\_\_

Les candidats qui n'ont pas indiqué tous les 8 sites pour la composante clinique peuvent être assignés à un autre site si leurs sites choisis sont complets.

10 **MÉTHODE DE PAIEMENT**

Veillez consulter les pages 7-8 du Guide du Candidat 2009 pour les options de paiement.

Chèque(s) ou Mandat(s). **Note: tous les paiements, y compris des chèques postdatés, doivent accompagner le formulaire de demande.**

**OU**

Carte de crédit (veuillez remplir ci-dessous)

Veillez en cocher une :  VISA  Mastercard  
J'autorise l'Alliance Canadienne des organismes de réglementation de la physiothérapie à porter le montant à payer à ma carte de crédit :  
 Montant total de 1200 \$ (CDN)  
 1<sup>er</sup> versement de 700 \$ (CDN) et 2<sup>e</sup> versement de 500 \$ (CDN) (1 mars 2009 pour juin, 1 août, 2009 pour novembre).  
 **INSCRIPTION TARDIVE** : J'autorise l'Alliance canadienne des organismes de réglementation de la physiothérapie à facturer 50 \$ (CDN) à ma carte de crédit.  
Numéro de carte : \_\_\_\_\_ Date d'expiration (mm/aa) : \_\_\_\_/\_\_\_\_  
Code CSC2 (3 derniers chiffres à l'endos de la carte) |\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|  
Nom du détenteur de la carte (caractères d'imprimerie) : \_\_\_\_\_  
Signature du détenteur de la carte : \_\_\_\_\_

**FRAIS D'INSCRIPTION TARDIVE** : Si vous vous inscrivez après la date limite, veuillez noter que les frais de 50 \$ sont exigés. Choisissez la case ci-dessus pour autoriser l'Alliance à facturer ces frais à votre carte de crédit.

**NOTE**: Certains ordres professionnels exigent une confirmation de l'inscription avant d'émettre un permis d'exercice temporaire, avec restriction ou avec supervision. L'Alliance confirme l'inscription à l'ordre après que le 1<sup>er</sup> paiement ait été touché par la banque. Un chèque certifié, un mandat-poste ou une carte de crédit éliminera les délais. Pour confirmation à l'ordre, veuillez remplir le formulaire de demande de vérification. Vous pouvez télécharger le formulaire de demande de vérification à partir du site Web [www.alliancept.org](http://www.alliancept.org) ou en demander un à votre ordre professionnel.

11 **LIMITES DE RESPONSABILITÉ**

Quoique l'Alliance canadienne des organismes de réglementation de la physiothérapie (L'Alliance) prenne des mesures raisonnables pour s'assurer que les informations, les ressources et les rapports soient exacts et complets, l'Alliance n'est pas responsable des conséquences en cas d'erreurs ou d'omissions. L'Alliance n'est pas responsable des préjudices d'ordre personnel, professionnel ou financier. Ceci inclut des préjudices tels que la perte de revenus, la perte de salaire ou les dépenses encourus par un employeur, un entrepreneur ou un candidat. Chaque candidat qui s'inscrit à l'examen a la responsabilité de lire et de comprendre les limites de cet engagement. De plus, les candidats sont responsables d'aviser les parties intéressées (ex., les employeurs) des limites de responsabilité de l'Alliance. En participant à l'examen, chaque candidat consent à ne pas intenter une action ou prendre d'autres mesures contre l'Alliance ou ses représentants, employés ou agents, en raison d'un acte fait de bonne foi ou pour toute négligence ou carence liée à l'Examen de compétence en physiothérapie.

**\*L'assignation à un site d'examen se fait en fonction de la date de réception de l'inscription. Les places seront attribuées par ordre de réception des inscriptions. Étant donné que le choix des sites d'examen dépend de facteurs logistiques, l'Alliance ne peut pas garantir qu'un candidat sera assigné au site d'examen de son choix. Les candidats recevront les informations sur le site d'examen auquel ils sont assignés avec la confirmation d'inscription.**

12 **DÉCLARATION**

*J'ai lu et compris l'information présentée dans le Guide du candidat 2009, y compris les règles relatives aux remboursements, les principes relatifs aux appels, les limites de responsabilité, et le contenu et l'intention des "Règles de conduite lors de l'ECP". Je consens à la collecte, l'emploi et la divulgation de mes renseignements personnels pour les buts décrits par 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 (Partie II : Examen national de physiothérapie), je dois avoir réussi la composante écrite (Partie I : Examen de qualification). Je comprends aussi que je peux perdre mon droit de me présenter à l'examen ou de poursuivre l'examen (voir le Guide du candidat, pages 21-23). 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 je consens aussi à la divulgation de mes renseignements personnels à l'Alliance par des tierces personnes 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 pour des fins de recherche.*

Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_