



**CAPR**  
Canadian Alliance  
of Physiotherapy  
Regulators

**ACORP**  
Alliance canadienne des  
organismes de réglementation  
de la physiothérapie

1243 Islington Avenue, Suite 501  
Toronto, Ontario M8X 1Y9  
P : 416 234 8800 | F : 416 234 8820  
[www.alliancept.org](http://www.alliancept.org)

---

## Programme d'examen – Certificat médical du candidat

### Section A

À remplir par le candidat:

Nom du candidat (en caractères d'imprimerie): \_\_\_\_\_

ACORP NIP du candidat: \_\_\_\_\_

Par la présente, j'autorise ce médecin/infirmier praticien à fournir l'information suivante à ACORP et, au besoin, donner de l'information additionnelle pertinente à l'abandon de (ou des) l'examen du:

Énumérez les dates: \_\_\_\_\_

Signature du candidat: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

### Section B

À remplir par le médecin/infirmier praticien:

Par la présente j'atteste que j'ai donné des services de soins de santé à \_\_\_\_\_

le ou aux dates suivantes \_\_\_\_\_

Pour cet épisode de soins, je fournis l'information suivante à l'intention de ACORP pour évaluer quelle mesure particulière, s'il y a lieu, devrait être prise pour ce candidat en ce qui concerne l'abandon de son examen.

1. Nature du problème de santé (si le candidat ne vous a pas autorisé à révéler la nature du problème de nature hautement personnelle ou délicate, mais a autorisé la divulgation d'autres renseignements pertinents, veuillez répondre aux questions 2-5 le plus explicitement possible):

---

---

2. Est-ce un problème aigu ou chronique chez ce candidat? \_\_\_\_\_

3. Date de l'apparition du problème aigu (ou de l'épisode aigu si le problème est chronique)? \_\_\_\_\_



**CAPR**  
Canadian Alliance  
of Physiotherapy  
Regulators

**ACORP**  
Alliance canadienne des  
organismes de réglementation  
de la physiothérapie

1243 Islington Avenue, Suite 501  
Toronto, Ontario M8X 1Y9  
P : 416 234 8800 | F : 416 234 8820  
[www.alliancept.org](http://www.alliancept.org)

---

4. Durée du problème et son traitement:

---

---

5. Selon vous, comment ce problème ou son traitement affecte-t-il la capacité du candidat à assister et à passer l'examen aux dates énumérées dans la section A:

---

---

---

### Section C:

**Vérification par le médecin/infirmier:**

---

Nom (caractères d'imprimerie)

Numéro de permis

---

Signature

---

Adresse

---

Téléphone

Date

Veuillez retourner le formulaire original rempli au patient et en garder une copie au dossier du patient.

**Note:** Les frais pour remplir ce certificat doivent être payés par le patient.