

**CAPR**Canadian Alliance
of Physiotherapy
Regulators**ACORP**Alliance canadienne des
organismes de réglementation
de la physiothérapie1243 Islington Avenue, Suite 501,
Toronto (Ontario) M8X 1Y9

Tél. : 416-234-8800 |

Télec. : 416-234-8820

www.alliancent.org

Formulaire justificatif relatif à la pratique clinique supervisée

180401

Veillez remplir le tableau suivant en indiquant les lieux, les dates, le domaine d'exercice ainsi que les heures effectuées par l'étudiant dans le cadre de chaque stage clinique conformément aux exigences de l'obtention de son diplôme. Ces renseignements doivent concorder avec ceux du Formulaire D – Formulaire de demande de documents. Les étudiants originaires du Bangladesh, de l'Inde, du Pakistan et des Philippines doivent fournir d'autres renseignements complémentaires; veuillez consulter le Formulaire D pour savoir ce que nous attendons de votre établissement.

Nom et prénom de l'étudiant (en majuscules) : _____ a effectué les stages de pratique clinique supervisée suivants.

Lieux	Dates Date de début et date de fin	Domaines cliniques (p. ex., musculosquelettique, neurologique, cardio-respiratoire et autres)	Heures

L'établissement doit faire parvenir ces renseignements directement au bureau de l'ACORP dans une enveloppe timbrée et scellée indiquant que l'établissement est l'expéditeur. Nous n'accepterons pas ce formulaire si l'étudiant ou un parent ou ami du candidat le remplit ou nous l'envoie.

Nom du représentant (en majuscules) Titre/poste

Date Signature

Nom de l'établissement

