

**CAPR**Canadian Alliance  
of Physiotherapy  
Regulators**ACORP**Alliance canadienne des  
organismes de réglementation  
de la physiothérapie1243 Islington Avenue, Suite 501,  
Toronto (Ontario) M8X 1Y9Tél. : 416-234-8800 |  
Télééc. : 416-234-8820  
www.alliancept.org

## Formulaire justificatif relatif à la pratique clinique supervisée

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.

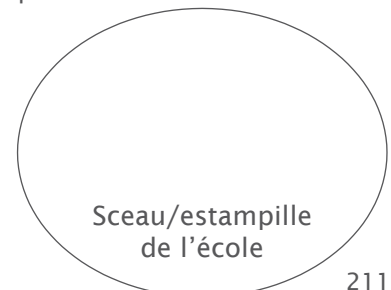
Lieux	Dates <i>Date de début et date de fin</i>	Domaines cliniques <i>(p. ex., musculosquelettique, neurologique, cardio-respiratoire et autres)</i>	Heures

**Veillez prendre note que nous n'accepterons pas ce document s'il porte une signature, un sceau ou une estampille numérique ou électronique. Nous exigeons que le représentant habilité de votre établissement de formation remplisse ce formulaire et appose sa signature originale et une estampille et/ou un sceau original aux endroits indiqués sur le formulaire. 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



Sceau/estampille  
de l'école

211025