



Formulaire D – Évaluation des diplômes et des compétences

211025

Demande de documents

Le candidat doit remplir cette section

Nom légal complet du candidat (en lettres majuscules) :

Nom(s) de famille/ Dernier nom(s) : _____

Prénom(s) : _____

Second et autres Prénom(s) : _____

Ancien(s) nom(s) de famille : _____

Date de naissance : _____ No d'identification d'étudiant : _____

Je consens à la divulgation par mon institution d'éducation de la physiothérapie des renseignements cités ci-dessous à l'Alliance Canadienne des Organismes de Réglementation de la Physiothérapie (ACORP) dans le but d'effectuer une évaluation des diplômes et des compétences.

Note aux candidats :

Si vous avez fait vos études en physiothérapie dans les pays suivants : Bangladesh, Chine, Cuba, Égypte, Inde, Pakistan, Philippines et Ukraine, veuillez consulter l'annexe I – Évaluation des diplômes et des compétences – Documents exigés en fonction du pays d'obtention du diplôme dans notre site Web pour obtenir plus de détails.

Envoyez le présent formulaire au registraire, au contrôleur des examens ou à tout autre responsable autorisé de l'établissement d'enseignement.

Directives à l'intention de l'école pour remplir et envoyer le formulaire de demande de documents et les autres documents exigés :

L'étudiant(e) identifié(e) ci-dessus a présenté une demande d'évaluation des diplômes et des compétences à l'ACORP. Afin de nous aider à effectuer l'évaluation de l'étudiant(e), veuillez fournir les renseignements demandés dans les autres sections du document.

- 1) Le registraire, le contrôleur des examens ou tout autre responsable autorisé de l'établissement d'enseignement, comme le recteur, le doyen ou le chef du département doit remplir le formulaire de demande de documents ci-dessous au complet.
- 2) L'établissement d'enseignement doit placer le présent formulaire et tous les autres documents exigés (consultez les directives aux pages 1 et 2) dans une enveloppe dûment affranchie et cachetée, et s'assurer qu'il est indiqué comme expéditeur de tous les colis, y compris les colis expédiés par messagerie.
- 3) L'établissement d'enseignement doit envoyer cette information directement au bureau de l'ACORP, et non pas à l'étudiant. Nous n'accepterons pas le formulaire si l'étudiant, un parent ou un ami de celui-ci le remplit et nous l'envoie.
- 4) Veuillez 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.



Documents devant être envoyés directement à ACORP :

211025

Liste de contrôle des documents pour l'établissement d'enseignement Veuillez cocher la case pour vous assurer que vous avez inclus tous les documents exigés.	Veuillez cocher la case
Le formulaire de demande de documents dûment rempli, y compris cette page. Nous acceptons seulement la copie originale du présent formulaire; nous n'acceptons pas les documents envoyés par télécopieur ou par courriel.	<input type="checkbox"/> ci-joint
Les relevés de notes officiels (parfois appelés bulletins ou feuilles de notes ou de résultats) et le barème de notation connexe doivent être imprimés et envoyés par l'université dans une enveloppe dûment affranchie et scellée. Dans le cas de la Chine, de Cuba, du Pakistan et de l'Ukraine, les candidats sont responsables de demander à l'autorité responsable concernée d'envoyer leurs relevés de notes officiels à notre bureau. Veuillez consulter l'annexe I.	<input type="checkbox"/> ci-joint
La documentation attestant les heures de pratique clinique supervisée (p. ex. stages cliniques). <ul style="list-style-type: none">L'école doit fournir un document attestant votre pratique clinique supervisée et indiquant les centres de stage clinique, les dates, les domaines de pratique (p. ex. troubles musculosquelettiques, neurologiques et cardiorespiratoires) et le nombre d'heures effectuées dans chacun de vos stages cliniques. Ce document est nécessaire pour corroborer les renseignements concernant la pratique clinique supervisée fournis dans le formulaire D.Dans le cas des étudiants formés au Bangladesh, en Inde, au Pakistan et aux Philippines, il faut que l'école fasse parvenir une copie certifiée conforme des registres d'heures travaillées (également appelés relevés de temps). Les registres d'heures travaillées doivent indiquer le nombre d'heures effectuées en pratique clinique supervisée.	<input type="checkbox"/> ci-joint
Une copie attestée du certificat de stage clinique (applicable uniquement aux diplômés de l'Égypte, de l'Inde, du Pakistan et des Philippines – Veuillez consulter l'annexe I.)	<input type="checkbox"/> ci-joint

Envoyez le présent formulaire (**incluant les pages 1 et 2**), accompagné des documents mentionnés dans la liste de contrôle du formulaire, à l'ACORP (**pas** à l'étudiant) à l'adresse suivante :

ALLIANCE CANADIENNE DES ORGANISMES DE RÉGLEMENTATION DE LA PHYSIOTHÉRAPIE
1243 avenue Islington, bureau 501, Toronto (Ontario) M8X 1Y9
CANADA

Téléphone : 416-234-8800

NE PAS TÉLÉCOPIER NI ENVOYER CE FORMULAIRE PAR COURRIEL.



Formulaire D — Demande de documents

211025

Doit être rempli par l'institution de formation en physiothérapie. N'hésitez pas à utiliser d'autres feuilles, au besoin.

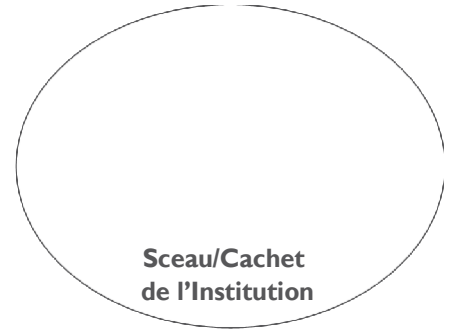
Ce formulaire doit être rempli par un officiel du programme tel que le Registraire, le Directeur du Programme, le Doyen du Programme ou le Principal.

Nom de la personne qui remplit ce formulaire (en caractère d'imprimerie)

Poste/titre à l'établissement d'enseignement

Date

Signature



Sceau/Cachet
de l'Institution

Nom complet du candidat: _____ Date de naissance: _____/_____/_____
jour mois année

No d'identification de l'étudiant: _____

Nom de l'établissement de formation en physiothérapie : _____

Nom de l'Université (si elle est différente de celle ci-dessus) : _____

Adresse de l'établissement d'éducation en physiothérapie : _____

Téléphone: _____ Télécopieur: _____

Courriel: _____

Nom du diplôme/certificat accordé : _____

Dans la langue d'origine : _____

Exigence académique minimal pour l'admission au programme _____

Mode d'admission du candidat/fichier d'admission/compétence d'admission (À remplir si les données diffèrent de l'énoncé ci-dessus): _____

Date de début du programme de PT de l'étudiant(e) _____

Date à laquelle l'étudiant(e) a satisfait à toutes les exigences cliniques et pédagogiques du programme de PT : _____



211025

Date à laquelle le diplôme ou l'attestation du diplôme a été délivré(e) : _____

Durée du programme en physiothérapie (remplissez seulement une des deux cases) : _____ Semestres:

Années Nombre d'Unités de Valeur transférées de votre éducation précédente (S'il y a lieu) : _____

Durée du programme de physiothérapie suivi par l'étudiant dans votre institution : Années _____ Semestres : _____

Nombre de crédits : _____ (n'incluez pas l'internat clinique/la pratique clinique)
S'agit-il d'un programme de niveau d'accès à la profession en physiothérapie préparant l'étudiant à l'admission à la
pratique ? Oui _____ Non _____

À l'obtention du diplôme, à quels programmes universitaires supérieurs (dans le pays de formation) ce candidat
serait-il admissible ?

Y a-t-il une autorité compétente qui peut légalement accréditer votre institution établissement
d'enseignement? Veuillez indiquer le nom de l'organisme d'accréditation :

_____ Ministère de l'éducation _____ Ministère de la santé _____ Autre (Précisez) :

L'établissement d'enseignement était-il agréé au moment où l'étudiant(e) a été admis(e) au programme de
physiothérapie? Oui _____ Non _____

L'établissement d'enseignement était-il agréé au moment où l'étudiant(e) a été diplômé(e) par le programme de
physiothérapie? Oui _____ Non _____

Y a-t-il une autorité compétente –différente de celle ci-dessus- qui peut légalement accréditer le programme de
physiothérapie dans votre institution? Si oui, donnez le nom de l'organisme accréditeur :

L'étudiant peut-il exercer en tant que physiothérapeute après avoir terminé avec succès votre programme ?

Oui _____ Non _____

Quelles sont les exigences pour que l'étudiant soit capable d'exercer en tant que physiothérapeute après avoir ter-
miné avec succès votre programme ?

Par exemple, le diplôme est-il le seul document dont l'étudiant a besoin pour travailler en tant que physiothérapeute
après avoir terminé avec succès votre programme ? Ou y a-t-il d'autres exigences auxquelles l'étudiant doit satisfaire
avant qu'il soit admissible à exercer en tant que physiothérapeute (par exemple : examen national, examen de
licence, période obligatoire d'internat clinique, inscription à un organisme de réglementation ou au Ministère de la
Santé ou à d'autres autorités). Veuillez fournir des informations les plus détaillées possibles.



211025

- Les étudiants en physiothérapie apprennent-ils à diagnostiquer l'état d'un patient? Oui _____ Non _____
- Dans le pays où a été formé(e) l'étudiant(e) :
- Est-il permis à un physiothérapeute agréé de diagnostiquer l'état d'un patient? Oui _____ Non _____
- Un physiothérapeute agréé peut-il établir un plan de traitement indépendamment des soins prescrits/directives d'un médecin? Oui _____ Non _____
- Est-ce que les patients peuvent consulter les physiothérapeutes sans y être recommandés par un médecin? Oui _____ Non _____
- Est-il permis à un physiothérapeute agréé de signer le congé d'un patient en physiothérapie? Oui _____ Non _____

Pratique Clinique Supervisée

Définition : La pratique clinique supervisée consiste en une expérience supervisée et évaluée comme physiothérapeute en formation dans un programme donnant accès à la profession, durant laquelle l'étudiant(e) acquiert une expérience pratique et participe à une variété d'occasions professionnelles dans divers milieux, afin d'apprendre et d'appliquer les connaissances, les habiletés, les comportements et les raisonnements cliniques. La pratique clinique supervisée ne comprend pas les heures de cours magistraux ni les exercices pratiques avec d'autres étudiants ou des employés.

Veuillez joindre la documentation additionnelle à l'appui de l'information ci-dessous.

Nombre total d'heures de pratique clinique supervisée (Stage, Internat en physiothérapie) _____

Répartissez le nombre d'heures de pratique clinique supervisée en physiothérapie dans chacun des domaines suivants :

Musculo-squelettique _____ heures

Neurologique _____ heures

Cardiorespiratoire _____ heures

Autre _____ heures

Décrivez :

Envoyez le présent formulaire (**incluant les pages 1 et 2**), accompagné des documents mentionnés dans la liste de contrôle du formulaire, à l'ACORP (**pas** à l'étudiant) à l'adresse suivante :

**ALLIANCE CANADIENNE DES ORGANISMES DE RÉGLEMENTATION DE LA
PHYSIOTHÉRAPIE 1243 avenue Islington, bureau 501, Toronto (Ontario) M8X 1Y9
CANADA**

Téléphone : 416-234-8800

NE PAS TÉLÉCOPIER NI ENVOYER CE FORMULAIRE PAR COURRIEL.