

**LA DATE LIMITE POUR RENOUELER VOTRE INSCRIPTION EST LE 1^{ER} JUIN 2010.**

Consultez le Guide de renouvellement de l'inscription annuelle pour vous aider. Vous pouvez l'obtenir sur le site Web de l'Ordre à www.coto.org dans la section *Registration > Annual Registration Renewal*.

Nous vous encourageons à renouveler votre certificat en ligne à www.coto.org. Rendez-vous à la section > *Registration > Annual Registration Renewal*. Ouvrez une session (login) pour voir votre formulaire en ligne qui contient toutes les données qui sont présentement dans le dossier de l'Ordre.

SECTION 1 – RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Prénom légal	Nom de famille légal	Second prénom
Prénom communément utilisé dans votre pratique	Ancien prénom légal (si vous avez changé votre nom depuis l'obtention de votre diplôme)	
Nom de famille communément utilisé dans votre pratique	Ancien nom de famille légal (si vous avez changé votre nom depuis l'obtention de votre diplôme)	
Adresse du domicile (numéro, rue, appartement)		
Ville	Province/Territoire	Pays
Code postal	Adresse postale préférée <input type="checkbox"/> Domicile <input type="checkbox"/> Bureau	
Numéro de téléphone ()	Adresse électronique préférée	

Langues de service

Indiquez jusqu'à cinq langues dans lesquelles vous pouvez personnellement et de façon compétente exercer l'ergothérapie :

1)	2)	3)
4)	5)	

SECTION 2 – RENONCEMENT/ANNULATION DE L'INSCRIPTION

J'aimerais renoncer à mon inscription à l'Ordre. Je déclare que je n'exercerai pas la profession d'ergothérapeute et que je n'utiliserai pas le titre protégé d'ergothérapeute en Ontario après le 31 mai 2010. Je comprends que je suis responsable de communiquer avec l'Ordre pour obtenir un nouveau certificat d'inscription avant de reprendre mes activités d'ergothérapeute ou d'utiliser le titre d'ergothérapeute en Ontario. Je comprends que je devrai respecter les exigences d'inscription en vigueur au moment de la demande.

Date de fin d'emploi	Signature
----------------------	-----------

Veuillez indiquer la raison de votre renoncement au certificat d'inscription :

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Départ du pays | <input type="checkbox"/> Retraite (arrête complètement de travailler) |
| <input type="checkbox"/> Départ de la province (quitte l'Ontario pour une autre province canadienne) | <input type="checkbox"/> Autre raison |
| <input type="checkbox"/> Absence autorisée (arrêt temporaire de la pratique – congé de maternité p. ex.) | |
| <input type="checkbox"/> Abandon de la profession (change complètement de profession) | |
| <input type="checkbox"/> Retour à l'école | |

SECTION 3 – HEURES D'EXERCICE DE LA PROFESSION (Votre formulaire vous sera retourné si vous ne remplissez pas cette section.)

Veillez cocher (✓) la première case qui s'applique à votre cas :

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Au cours des trois dernières années, j'ai travaillé au moins 750 heures. | <input type="checkbox"/> J'ai obtenu mon diplôme au cours des 18 derniers mois. |
| <input type="checkbox"/> Au cours des cinq dernières années, j'ai travaillé au moins 1 550 heures. | <input type="checkbox"/> Je me suis inscrit(e) en Ontario au cours de la dernière année, conformément à l'Entente sur la mobilité de la main-d'œuvre |
| <input type="checkbox"/> J'ai terminé un programme de réintégration au cours des 18 derniers mois. | <input type="checkbox"/> Je ne satisfais à AUCUNE des exigences mentionnées ci-dessus et demande l'examen de mon dossier. |

SECTION 4 – ÉDUCATION DANS LE DOMAINE DE L'ERGOTHÉRAPIE

Indiquez tous les nouveaux titres de compétence obtenus en ergothérapie depuis votre **inscription/renouvellement de l'an dernier**, le cas échéant :

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Diplôme | <input type="checkbox"/> Doctorat |
| <input type="checkbox"/> Baccalauréat | <input type="checkbox"/> Doctorat professionnel |
| <input type="checkbox"/> Maîtrise | <input type="checkbox"/> Autre |
| <input type="checkbox"/> Maîtrise professionnelle | <input type="checkbox"/> Sans objet (passez à la section 5) |

Université canadienne (précisez) _____ Province _____ Année d'obtention du diplôme _____
(nom de l'université) (AAAA)

Université non canadienne (précisez) _____ État/Pays _____ Année d'obtention du diplôme _____
(nom de l'université) (AAAA)

SECTION 5 – ÉDUCATION DANS DES DOMAINES AUTRES QUE L'ERGOTHÉRAPIE

Indiquez tous les nouveaux titres de compétence obtenus dans des domaines autres que l'ergothérapie depuis votre **inscription/renouvellement de l'an dernier**, le cas échéant :

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Diplôme | <input type="checkbox"/> Doctorat |
| <input type="checkbox"/> Baccalauréat | <input type="checkbox"/> Doctorat professionnel |
| <input type="checkbox"/> Maîtrise | <input type="checkbox"/> Autre |
| <input type="checkbox"/> Maîtrise professionnelle | <input type="checkbox"/> Sans objet (passez à la section 6) |

Université canadienne (précisez) _____ Province _____ Année d'obtention du diplôme _____
(nom de l'université) (AAAA)

Université non canadienne (précisez) _____ État/Pays _____ Année d'obtention du diplôme _____
(nom de l'université) (AAAA)

COCHEZ LES DOMAINES D'ÉTUDE AUTRES QUE L'ERGOTHÉRAPIE DANS LESQUELS VOUS AVEZ OBTENU UN NOUVEAU TITRE DE COMPÉTENCE
 (consultez le guide pour obtenir une définition des domaines)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Réadaptation générale | <input type="checkbox"/> Biologie et sciences biomédicales |
| <input type="checkbox"/> Mathématique, sciences informatiques | <input type="checkbox"/> Psychologie |
| <input type="checkbox"/> Sciences de laboratoire | <input type="checkbox"/> Sciences sociales, arts et sciences humaines |
| <input type="checkbox"/> Administration/gestion de la santé | <input type="checkbox"/> Sciences physiques |
| <input type="checkbox"/> Administration publique | <input type="checkbox"/> Affaires, gestion, commercialisation et domaines connexes |
| <input type="checkbox"/> Kinésiologie et exercice | <input type="checkbox"/> Éducation |
| <input type="checkbox"/> Santé publique | <input type="checkbox"/> Droit |
| <input type="checkbox"/> Professions de la santé et sciences cliniques connexes | <input type="checkbox"/> Génie |
| <input type="checkbox"/> Gérontologie | <input type="checkbox"/> Autre domaine d'étude |

SECTION 6 – SITUATION D'EMPLOI

QUELLE EST VOTRE SITUATION D'EMPLOI? (choisir une réponse seulement)

- Travaille en ergothérapie Sans emploi et ne cherche pas d'emploi en ergothérapie
 Travaille, congé autorisé Travaille dans une autre profession et cherche du travail en ergothérapie
 Sans emploi et cherche un emploi en ergothérapie Travaille dans une autre profession et ne cherche pas du travail en ergothérapie

Date de début du congé (jj/mm/aa)	Date de la fin du congé (le cas échéant)
-----------------------------------	--

SECTION 7 – EMPLOI ACTUEL

Remplissez cette section si vous travaillez dans le domaine de l'ergothérapie ou avez travaillé dans ce domaine dans les derniers 12 mois. Les réponses fournies ici devraient refléter votre situation dans tous vos lieux d'emploi en ergothérapie.

Oui Non Avez-vous supervisé des étudiants pendant plus de trois semaines au cours de la dernière année?

Oui Non Prévoyez-vous superviser des étudiants pendant la prochaine année?

Oui Non Avez-vous des clients cliniques (même si vous en avez seulement 1)?

Précisez le **nombre de semaines** que vous avez passé à exercer votre profession d'ergothérapeute au cours des 12 derniers mois dans tous vos lieux de travail ou emplois. (Remarque : Une journée de travail en ergothérapie dans une semaine = une semaine de travail; ne comptez pas vos jours de vacance, jours sur appel, jours de maladie et jours de congé s'ils dépassent plus d'une semaine; il y a 52 semaines dans une année civile.)

Précisez votre **nombre d'heures moyen par semaine** que vous avez passé à exercer votre profession d'ergothérapeute au cours des 12 derniers mois dans tous vos lieux de travail ou emplois. (Remarque : Les heures devraient comprendre toutes les heures de pratique, y compris les heures de déplacement entre des lieux de travail, la préparation et la prestation des services. Les heures ne devraient pas comprendre le trajet quotidien et le bénévolat qui ne se rapporte pas à la profession.)

Veillez cocher le choix qui décrit le mieux la nature de votre pratique.

- Pratique principalement clinique**
Un ergothérapeute clinique est un ergothérapeute inscrit utilisant ses connaissances et ses compétences en ergothérapie pour fournir des services directs à ses clients/patients.
- Pratique principalement non clinique**
Un ergothérapeute non clinique est un ergothérapeute inscrit qui utilise ses connaissances et ses compétences en ergothérapie sans fournir de services directs à ses clients et qui doit rendre compte au public par l'entremise de l'Ordre.
- Pratique mixte**
Un ergothérapeute qui a une pratique mixte a principalement une pratique non clinique mais fournit également des services directs à des clients.

Veillez prendre note de la définition d'un client. L'Ordre définit un client comme une personne (ou un groupe de personnes), ou le représentant autorisé d'une personne, éprouvant des problèmes de rendement au travail qui le ou la poussent à demander les services d'un ergothérapeute.

Sur le nombre d'heures passées à exercer votre profession chaque semaine, veuillez indiquer la proportion allouée pour chaque activité (pour un total de 100 %).	Pourcentage
a) Temps passé à fournir des services professionnels directs (temps passé par semaine à fournir des services professionnels directs d'ergothérapie, comme faire des tests, soigner des clients, tenir des dossiers de clients et faire la promotion de la santé)	_____ %
b) Temps passé à enseigner (temps passé par semaine à enseigner à des étudiants pour les préparer à la profession d'ergothérapeute, y compris l'enseignement clinique)	_____ %
c) Temps passé à la recherche	_____ %
d) Temps passé à l'administration (temps passé par semaine à planifier, organiser, gérer, faire de la paperasserie et des statistiques, facturer)	_____ %
e) Temps passé à effectuer d'autres activités (temps passé par semaine à effectuer des activités qui ne font pas partie des services professionnels directs, de l'enseignement, de la recherche ou de l'administration)	_____ %
TOTAL (a+b+c+d+e)	100 %

SECTION 8 – PROFIL D'EMPLOI ACTUEL – RENSEIGNEMENTS SUR LES LIEUX DE TRAVAIL

Si vous fournissez des services professionnels à plus d'un lieu de travail ou à plus d'un employeur, remplissez jusqu'à trois profils d'emploi, le cas échéant.

Oui Non Exercez-vous votre profession dans plus de trois lieux de travail ou avez-vous plus de trois employeurs?

8.1 LIEU DE TRAVAIL PRINCIPAL – EMPLOI PRINCIPAL (Pour chaque section ci-dessous, choisissez la description qui représente le mieux la plus grosse partie de votre travail.)

Nom de l'employeur		Code postal
Adresse		Pays
Ville		Téléphone ()
Province	Date de début d'emploi	Télécopieur ()
		Le code postal reflète-t-il le lieu de pratique? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

QUELLE EST VOTRE CATÉGORIE D'EMPLOI À CE LIEU DE TRAVAIL? (Voir le guide pour les définitions.)

- Permanent (durée indéterminée de l'emploi et heures de travail par semaine garanties ou fixes)
- Temporaire (durée déterminée de l'emploi fondée sur des dates de début et de fin d'emploi établies)
- Occasionnel (selon les besoins)
- Autonome (personne qui exploite sa propre entreprise d'ergothérapie)

QUEL EST VOTRE STATUT D'EMPLOI À CE LIEU DE TRAVAIL? (Voir le guide pour les définitions.)

- Temps plein (vous travaillez généralement au moins 30 heures par semaine ou c'est votre statut officiel chez cet employeur)
_____ Indiquez le nombre approximatif d'heures travaillées par semaine
- Temps partiel (vous travaillez généralement moins de 30 heures par semaine ou c'est votre statut officiel chez cet employeur)
_____ Indiquez le nombre approximatif/moyen d'heures travaillées par semaine
- Occasionnel (votre statut d'emploi officiel chez votre employeur est « selon les besoins »)
_____ Indiquez le nombre approximatif/moyen d'heures travaillées par semaine

QUEL EST L'EMPLACEMENT PRINCIPAL DE CE LIEU DE TRAVAIL? (Voir le guide pour les définitions.)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Hôpital général | <input type="checkbox"/> Cabinet/clinique de groupe de praticiens |
| <input type="checkbox"/> Hôpital/établissement de réadaptation | <input type="checkbox"/> Pratique/entreprise professionnelle solo |
| <input type="checkbox"/> Centre de traitement pour enfants | <input type="checkbox"/> Établissement d'enseignement postsecondaire |
| <input type="checkbox"/> Établissement de santé mentale et toxicomanie | <input type="checkbox"/> Centre préscolaire/système scolaire/conseil scolaire |
| <input type="checkbox"/> Établissement de soins en résidence ou de soins prolongés | <input type="checkbox"/> Entreprise/industrie reliée au domaine de la santé |
| <input type="checkbox"/> Établissement d'aide à la vie autonome | <input type="checkbox"/> Centre de santé de groupe (Sault Ste. Marie) |
| <input type="checkbox"/> Centre de santé communautaire | <input type="checkbox"/> Centre de traitement du cancer |
| <input type="checkbox"/> Centre d'accès aux soins communautaires | <input type="checkbox"/> Télésanté Ontario ou autres services de consultation téléphonique sur la santé |
| <input type="checkbox"/> Organisme/entreprise de visites/environnement du client | <input type="checkbox"/> Commission d'hygiène/laboratoire de santé publique/bureau de santé publique |
| <input type="checkbox"/> Équipe de santé familiale | <input type="checkbox"/> Association/gouvernement/organisme de réglementation/organisme non gouvernemental (comme la Société de la sclérose en plaques) |
| <input type="checkbox"/> Établissement de santé autonome | <input type="checkbox"/> Autre emplacement non décrit |
| <input type="checkbox"/> Clinique d'infirmières praticiennes | |

QUEL EST VOTRE RÔLE PRINCIPAL À CE LIEU DE TRAVAIL? (Voir le guide pour les définitions.)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Administrateur | <input type="checkbox"/> Expert-conseil (soins non centrés sur les clients) |
| <input type="checkbox"/> Gestionnaire | <input type="checkbox"/> Instructeur/Éducateur |
| <input type="checkbox"/> Propriétaire/Exploitant | <input type="checkbox"/> Chercheur |
| <input type="checkbox"/> Fournisseur de services – Soins directs | <input type="checkbox"/> Vendeur |
| <input type="checkbox"/> Fournisseur de services – Leader professionnel | <input type="checkbox"/> Spécialiste de la gestion de la qualité |

QUEL EST LE **PRINCIPAL SERVICE** QUE VOUS FOURNISSEZ À CE LIEU DE TRAVAIL? (Voir le guide pour les définitions.)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Santé mentale et toxicomanie | <input type="checkbox"/> Réadaptation professionnelle |
| <input type="checkbox"/> Soins palliatifs | <input type="checkbox"/> Consultation |
| <input type="checkbox"/> Services généraux | <input type="checkbox"/> Ventes |
| <input type="checkbox"/> Prévention et gestion de maladies chroniques | <input type="checkbox"/> Administration |
| <input type="checkbox"/> Soins primaires intégrés | <input type="checkbox"/> Autres domaines de services directs/consultation |
| <input type="checkbox"/> Gestion de la qualité | <input type="checkbox"/> Autres domaines de pratique |
| <input type="checkbox"/> Soins aux personnes atteintes du cancer | <input type="checkbox"/> *Soins critiques |
| <input type="checkbox"/> Enseignement postsecondaire | <input type="checkbox"/> *Soins aigus |
| <input type="checkbox"/> Santé publique | <input type="checkbox"/> *Soins continus |
| <input type="checkbox"/> Recherche | <input type="checkbox"/> *Soins gériatriques |
| <input type="checkbox"/> Gestion des services aux clients | |

Si vous choisissez un des services précédés d'un astérisque (*), veuillez préciser le trouble de santé principal, tel que décrit ci-dessous (un choix seulement).

- Neurologique
- Cardiovasculaire et respiratoire
- Musculo-squelettique
- Digestif/métabolique/endocrinien

QUEL EST LE **PRINCIPAL GROUPE D'ÂGE** DE VOS CLIENTS À CE LIEU DE TRAVAIL?

- | | | | |
|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Préscolaire (0-4 ans) | <input type="checkbox"/> Scolaire (5-17 ans) | <input type="checkbox"/> Personnes âgées (65 ans+) | <input type="checkbox"/> Tous les âges |
| <input type="checkbox"/> Pédiatrique mixte (0-17 ans) | <input type="checkbox"/> Adultes (18-64 ans) | <input type="checkbox"/> Adultes mixtes (18-65 ans+) | <input type="checkbox"/> Sans objet |

SOURCE DE FINANCEMENT

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Public/gouvernement | <input type="checkbox"/> Mélange public/privé | <input type="checkbox"/> Assurance automobile |
| <input type="checkbox"/> Secteur privé/client individuel | <input type="checkbox"/> Autre source de financement | <input type="checkbox"/> Autre assurance |

8.2 LIEU DE TRAVAIL SECONDAIRE – EMPLOI SECONDAIRE (Pour chaque section ci-dessous, choisissez la description qui représente le mieux la plus grosse partie de votre travail.)

Nom de l'employeur		Code postal
Adresse		Pays
Ville		Téléphone ()
Province	Date de début d'emploi	Télécopieur ()
		Le code postal reflète-t-il le lieu de pratique? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

QUELLE EST VOTRE **CATÉGORIE D'EMPLOI** À CE LIEU DE TRAVAIL? (Voir le guide pour les définitions.)

- Permanent (durée indéterminée de l'emploi et heures de travail par semaine garanties ou fixes)
- Temporaire (durée déterminée de l'emploi fondée sur des dates de début et de fin d'emploi établies)
- Occasionnel (selon les besoins)
- Autonome (personne qui exploite sa propre entreprise d'ergothérapie)

QUEL EST VOTRE **STATUT D'EMPLOI** À CE LIEU DE TRAVAIL? (Voir le guide pour les définitions.)

- Temps plein (vous travaillez généralement au moins 30 heures par semaine ou c'est votre statut officiel chez cet employeur)
_____ Indiquez le nombre approximatif d'heures travaillées par semaine
- Temps partiel (vous travaillez généralement moins de 30 heures par semaine ou c'est votre statut officiel chez cet employeur)
_____ Indiquez le nombre approximatif/moyen d'heures travaillées par semaine
- Occasionnel (votre statut d'emploi officiel chez votre employeur est « selon les besoins »)
_____ Indiquez le nombre approximatif/moyen d'heures travaillées par semaine

QUEL EST L'EMPLACEMENT PRINCIPAL DE CE LIEU DE TRAVAIL? (Voir le guide pour les définitions.)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Hôpital général | <input type="checkbox"/> Cabinet/clinique de groupe de praticiens |
| <input type="checkbox"/> Hôpital/établissement de réadaptation | <input type="checkbox"/> Pratique/entreprise professionnelle solo |
| <input type="checkbox"/> Centre de traitement pour enfants | <input type="checkbox"/> Établissement d'enseignement postsecondaire |
| <input type="checkbox"/> Établissement de santé mentale et toxicomanie | <input type="checkbox"/> Centre préscolaire/système scolaire/conseil scolaire |
| <input type="checkbox"/> Établissement de soins en résidence ou de soins prolongés | <input type="checkbox"/> Entreprise/industrie reliée au domaine de la santé |
| <input type="checkbox"/> Établissement d'aide à la vie autonome | <input type="checkbox"/> Centre de santé de groupe (Sault Ste. Marie) |
| <input type="checkbox"/> Centre de santé communautaire | <input type="checkbox"/> Centre de traitement du cancer |
| <input type="checkbox"/> Centre d'accès aux soins communautaires | <input type="checkbox"/> Télésanté Ontario ou autres services de consultation téléphonique sur la santé |
| <input type="checkbox"/> Organisme/entreprise de visites/environnement du client | <input type="checkbox"/> Commission d'hygiène/laboratoire de santé publique/bureau de santé publique |
| <input type="checkbox"/> Équipe de santé familiale | <input type="checkbox"/> Association/gouvernement/organisme de réglementation/organisme non gouvernemental (comme la Société de la sclérose en plaques) |
| <input type="checkbox"/> Établissement de santé autonome | <input type="checkbox"/> Autre emplacement non décrit |
| <input type="checkbox"/> Clinique d'infirmières praticiennes | |

QUEL EST VOTRE RÔLE PRINCIPAL À CE LIEU DE TRAVAIL? (Voir le guide pour les définitions.)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Administrateur | <input type="checkbox"/> Expert-conseil (soins non centrés sur les clients) |
| <input type="checkbox"/> Gestionnaire | <input type="checkbox"/> Instructeur/Éducateur |
| <input type="checkbox"/> Propriétaire/Exploitant | <input type="checkbox"/> Chercheur |
| <input type="checkbox"/> Fournisseur de services – Soins directs | <input type="checkbox"/> Vendeur |
| <input type="checkbox"/> Fournisseur de services – Leader professionnel | <input type="checkbox"/> Spécialiste de la gestion de la qualité |

QUELS SONT LES PRINCIPAUX SERVICES QUE VOUS FOURNISSEZ À CE LIEU DE TRAVAIL? (Voir le guide pour les définitions.)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Santé mentale et toxicomanie | <input type="checkbox"/> Réadaptation professionnelle |
| <input type="checkbox"/> Soins palliatifs | <input type="checkbox"/> Consultation |
| <input type="checkbox"/> Services généraux | <input type="checkbox"/> Ventes |
| <input type="checkbox"/> Prévention et gestion de maladies chroniques | <input type="checkbox"/> Administration |
| <input type="checkbox"/> Soins primaires intégrés | <input type="checkbox"/> Autres domaines de services directs/consultation |
| <input type="checkbox"/> Gestion de la qualité | <input type="checkbox"/> Autres domaines de pratique |
| <input type="checkbox"/> Soins aux personnes atteintes du cancer | <input type="checkbox"/> *Soins critiques |
| <input type="checkbox"/> Enseignement postsecondaire | <input type="checkbox"/> *Soins aigus |
| <input type="checkbox"/> Santé publique | <input type="checkbox"/> *Soins continus |
| <input type="checkbox"/> Recherche | <input type="checkbox"/> *Soins gériatriques |
| <input type="checkbox"/> Gestion des services aux clients | |

Si vous choisissez un des services précédés d'un astérisque (*), veuillez préciser le trouble de santé principal, tel que décrit ci-dessous (un choix seulement).

- Neurologique
- Cardiovasculaire et respiratoire
- Musculo-squelettique
- Digestif/métabolique/endocrinien

QUEL EST LE PRINCIPAL GROUPE D'ÂGE DE VOS CLIENTS À CE LIEU DE TRAVAIL?

- | | | | |
|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Préscolaire (0-4 ans) | <input type="checkbox"/> Scolaire (5-17 ans) | <input type="checkbox"/> Personnes âgées (65 ans+) | <input type="checkbox"/> Tous les âges |
| <input type="checkbox"/> Pédiatrique mixte (0-17 ans) | <input type="checkbox"/> Adultes (18-64 ans) | <input type="checkbox"/> Adultes mixtes (18-65 ans+) | <input type="checkbox"/> Sans objet |

SOURCE DE FINANCEMENT

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Public/gouvernement | <input type="checkbox"/> Mélange public/privé | <input type="checkbox"/> Assurance automobile |
| <input type="checkbox"/> Secteur privé/client individuel | <input type="checkbox"/> Autre source de financement | <input type="checkbox"/> Autre assurance |

8.3 TROISIÈME LIEU DE TRAVAIL – TROISIÈME EMPLOI (Pour chaque section ci-dessous, choisissez la description qui représente le mieux la plus grosse partie de votre travail.)

Nom de l'employeur	Code postal
Adresse	Pays
	Téléphone ()
Ville	Télocopieur ()
Province	Le code postal reflète-t-il le lieu de pratique? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

QUELLE EST VOTRE CATÉGORIE D'EMPLOI À CE LIEU DE TRAVAIL? (Voir le guide pour les définitions.)

Permanent (durée indéterminée de l'emploi et heures de travail par semaine garanties ou fixes)

Temporaire (durée déterminée de l'emploi fondée sur des dates de début et de fin d'emploi établies)

Occasionnel (selon les besoins)

Autonome (personne qui exploite sa propre entreprise d'ergothérapie)

QUEL EST VOTRE STATUT D'EMPLOI À CE LIEU DE TRAVAIL? (Voir le guide pour les définitions.)

Temps plein (vous travaillez généralement au moins 30 heures par semaine ou c'est votre statut officiel chez cet employeur)
_____ Indiquez le nombre approximatif d'heures travaillées par semaine

Temps partiel (vous travaillez généralement moins de 30 heures par semaine ou c'est votre statut officiel chez cet employeur)
_____ Indiquez le nombre approximatif/moyen d'heures travaillées par semaine

Occasionnel (votre statut d'emploi officiel chez votre employeur est « selon les besoins »)
_____ Indiquez le nombre approximatif/moyen d'heures travaillées par semaine

QUEL EST L'EMPLACEMENT PRINCIPAL DE CE LIEU DE TRAVAIL? (Voir le guide pour les définitions.)

<input type="checkbox"/> Hôpital général	<input type="checkbox"/> Cabinet/clinique de groupe de praticiens
<input type="checkbox"/> Hôpital/établissement de réadaptation	<input type="checkbox"/> Pratique/entreprise professionnelle solo
<input type="checkbox"/> Centre de traitement pour enfants	<input type="checkbox"/> Établissement d'enseignement postsecondaire
<input type="checkbox"/> Établissement de santé mentale et toxicomanie	<input type="checkbox"/> Centre préscolaire/système scolaire/conseil scolaire
<input type="checkbox"/> Établissement de soins en résidence ou de soins prolongés	<input type="checkbox"/> Entreprise/industrie reliée au domaine de la santé
<input type="checkbox"/> Établissement d'aide à la vie autonome	<input type="checkbox"/> Centre de santé de groupe (Sault Ste. Marie)
<input type="checkbox"/> Centre de santé communautaire	<input type="checkbox"/> Centre de traitement du cancer
<input type="checkbox"/> Centre d'accès aux soins communautaires	<input type="checkbox"/> Télésanté Ontario ou autres services de consultation téléphonique sur la santé
<input type="checkbox"/> Organisme/entreprise de visites/environnement du client	<input type="checkbox"/> Commission d'hygiène/laboratoire de santé publique/bureau de santé publique
<input type="checkbox"/> Équipe de santé familiale	<input type="checkbox"/> Association/gouvernement/organisme de réglementation/organisme non gouvernemental (comme la Société de la sclérose en plaques)
<input type="checkbox"/> Établissement de santé autonome	<input type="checkbox"/> Autre emplacement non décrit
<input type="checkbox"/> Clinique d'infirmières praticiennes	

QUEL EST VOTRE RÔLE PRINCIPAL À CE LIEU DE TRAVAIL? (Voir le guide pour les définitions.)

<input type="checkbox"/> Administrateur	<input type="checkbox"/> Expert-conseil (soins non centrés sur les clients)
<input type="checkbox"/> Gestionnaire	<input type="checkbox"/> Instructeur/Éducateur
<input type="checkbox"/> Propriétaire/Exploitant	<input type="checkbox"/> Chercheur
<input type="checkbox"/> Fournisseur de services – Soins directs	<input type="checkbox"/> Vendeur
<input type="checkbox"/> Fournisseur de services – Leader professionnel	<input type="checkbox"/> Spécialiste de la gestion de la qualité

QUELS SONT LES PRINCIPAUX SERVICES QUE VOUS FOURNISSEZ À CE LIEU DE TRAVAIL? (Voir le guide pour les définitions.)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Santé mentale et toxicomanie | <input type="checkbox"/> Réadaptation professionnelle |
| <input type="checkbox"/> Soins palliatifs | <input type="checkbox"/> Consultation |
| <input type="checkbox"/> Services généraux | <input type="checkbox"/> Ventes |
| <input type="checkbox"/> Prévention et gestion de maladies chroniques | <input type="checkbox"/> Administration |
| <input type="checkbox"/> Soins primaires intégrés | <input type="checkbox"/> Autres domaines de services directs/consultation |
| <input type="checkbox"/> Gestion de la qualité | <input type="checkbox"/> Autres domaines de pratique |
| <input type="checkbox"/> Soins aux personnes atteintes du cancer | <input type="checkbox"/> *Soins critiques |
| <input type="checkbox"/> Enseignement postsecondaire | <input type="checkbox"/> *Soins aigus |
| <input type="checkbox"/> Santé publique | <input type="checkbox"/> *Soins continus |
| <input type="checkbox"/> Recherche | <input type="checkbox"/> *Soins gériatriques |
| <input type="checkbox"/> Gestion des services aux clients | |

Si vous choisissez un des services précédés d'un astérisque (*), veuillez préciser le trouble de santé principal, tel que décrit ci-dessous (un choix seulement).

- Neurologique
- Cardiovasculaire et respiratoire
- Musculo-squelettique
- Digestif/métabolique/endocrinien

QUEL EST LE PRINCIPAL GROUPE D'ÂGE DE VOS CLIENTS À CE LIEU DE TRAVAIL?

- | | | | |
|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Préscolaire (0-4 ans) | <input type="checkbox"/> Scolaire (5-17 ans) | <input type="checkbox"/> Personnes âgées (65 ans+) | <input type="checkbox"/> Tous les âges |
| <input type="checkbox"/> Pédiatrique mixte (0-17 ans) | <input type="checkbox"/> Adultes (18-64 ans) | <input type="checkbox"/> Adultes mixtes (18-65 ans+) | <input type="checkbox"/> Sans objet |

SOURCE DE FINANCEMENT

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Public/gouvernement | <input type="checkbox"/> Mélange public/privé | <input type="checkbox"/> Assurance automobile |
| <input type="checkbox"/> Secteur privé/client individuel | <input type="checkbox"/> Autre source de financement | <input type="checkbox"/> Autre assurance |

SECTION 9 – INSCRIPTION ET CONDUITE PROFESSIONNELLE

Vous devez répondre à toutes les questions suivantes (a-p). Si vous répondez « oui » à une de ces questions, veuillez fournir des détails à ce sujet dans la section 12 ou joindre des renseignements supplémentaires.

- a) Oui Non Y a-t-il un organisme de réglementation de la profession d'ergothérapeute qui a refusé de vous inscrire et que vous n'avez pas mentionné à l'Ordre?
- b) Oui Non Avez-vous été déclaré coupable ou faites-vous en ce moment l'objet d'une poursuite pour faute professionnelle, incapacité, ou problème de même nature à titre d'ergothérapeute dans une autre compétence territoriale qui n'a pas été mentionnée à l'Ordre?
- c) Oui Non Avez-vous été déclaré coupable ou faites-vous en ce moment l'objet d'une poursuite pour faute professionnelle, incapacité, ou problème de même nature dans une autre profession que l'ergothérapeute en Ontario ou ailleurs qui n'a pas été mentionnée à l'Ordre?
- d) Oui Non Avez-vous été déclaré coupable d'une infraction liée à la pratique de l'ergothérapie qui n'a pas été mentionnée à l'Ordre?
- e) Oui Non Avez-vous été déclaré coupable d'une infraction qui n'a pas été mentionnée à l'Ordre?
- f) Oui Non Y a-t-il autre chose dans votre conduite passée qui constituerait un motif raisonnable de croire que vous n'avez pas les connaissances, les compétences ou le jugement requis pour exercer la profession de façon sécuritaire et conforme à l'éthique?
- g) Oui Non Êtes-vous actuellement inscrit/autorisé à exercer la profession d'ergothérapeute dans d'autres provinces, états ou pays? (Si oui, vous devez fournir les renseignements requis ci-dessous. Utilisez une feuille séparée au besoin.)

Organisme de réglementation	Province/État	Pays	N° d'autorisation/d'inscription	Date d'échéance (jj/mm/aa)

- h) Oui Non Êtes-vous actuellement inscrit/autorisé à pratiquer une autre profession que l'ergothérapie, en Ontario ou ailleurs? (Si oui, vous devez fournir les renseignements requis ci-dessous. Utilisez une feuille séparée au besoin.)

Nom de la profession : _____

Organisme de réglementation	Province/État	Pays	N° d'autorisation/d'inscription	Date d'échéance (jj/mm/aa)

- i) Pays le plus récent où vous exerciez votre profession auparavant _____.
- j) Province/territoire le plus récent où vous exerciez votre profession avant l'Ontario _____.
- k) Année d'exercice la plus récente dans d'autres compétences territoriales que l'Ontario _____.
- l) Pays où vous avez exercé la profession d'ergothérapeute pour la première fois _____.
- m) Province/territoire/état où vous avez exercé la profession d'ergothérapeute pour la première fois (en dehors de l'Ontario) _____.
- n) Première année où vous avez exercé la profession d'ergothérapeute (en Ontario ou hors de l'Ontario) _____.
- o) Première province canadienne où vous avez exercé la profession d'ergothérapeute _____.
- p) Année où vous avez exercé la profession d'ergothérapeute pour la première fois dans une province canadienne _____.

SECTION 10 – ASSURANCE RESPONSABILITÉ PROFESSIONNELLE

Pour renouveler votre certificat, vous devez souscrire une assurance responsabilité professionnelle, tel que stipulé dans l'article 20 des règlements de l'Ordre et quel que soit votre statut d'emploi. Veuillez indiquer tous les renseignements demandés ci-dessous. Si vous ne souscrivez pas une assurance responsabilité professionnelle, vous ne respectez pas les exigences d'inscription et ne pouvez pas renouveler votre certificat d'inscription tant que cette exigence n'a pas été satisfaite.

Oui Non Souscrivez-vous une assurance responsabilité professionnelle?

Régime souscrit auprès de	Date d'échéance de l'assurance (jj/mm/aa)	Numéro du certificat

SECTION 11 – DÉCLARATIONS

11a) Déclaration d'assurance de la qualité

La Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées exige que l'Ordre mette sur pied et maintienne un programme d'assurance de la qualité. Tel qu'il est défini dans la partie VI du règlement général ainsi que dans les politiques et directives du programme d'assurance de la qualité distribuées aux membres, chaque membre doit participer au programme d'assurance de la qualité.

Je déclare par les présentes que je comprends mes obligations et que j'ai satisfait aux exigences obligatoires, y compris l'outil d'auto-évaluation, le plan de perfectionnement professionnel et le Programme d'éducation réglementaire prescrit (PÉRP), selon le cas.

Signature	Date	Témoin

11b) Déclaration d'inscription (doit être signée, datée et attestée par un témoin)

Je certifie par les présentes que les déclarations que j'ai faites dans la présente demande sont complètes et exactes, au meilleur de ma connaissance et de mon jugement. Je comprends que l'Ordre se réserve le droit de vérifier toute information que je fournis. Je comprends que toute déclaration fausse ou trompeuse peut me priver du droit à l'inscription ou entraîner la révocation de toute inscription qui pourrait m'avoir été accordée.

Signature	Date	Témoin

SECTION 12 – RENSEIGNEMENTS ADDITIONNELS

Veuillez utiliser cet espace pour indiquer l'information pour laquelle vous avez manqué d'espace dans le formulaire. Utilisez une autre feuille au besoin.
