



Veuillez remplir le Formulaire de renouvellement de l'inscription annuelle au complet et le renvoyer à l'Ordre avec les droits d'inscription d'ici le **31 mai 2019**.

SECTION 1 – RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

Prénom légal	Nom de famille légal	Second prénom légal
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="radio"/> Domicile <input type="radio"/> Bureau	
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 À L'INSCRIPTION

Je déclare qu'à partir du _____ (jj/mm/aaaa), je renoncerai à mon inscription auprès de l'Ordre des ergothérapeutes de l'Ontario. Je comprends que je ne pourrai plus exercer la profession et/ou utiliser le titre d'ergothérapeute en Ontario après la date indiquée ci-haut. Je comprends que si je désire plus tard faire une nouvelle demande d'inscription auprès de l'Ordre, je devrai présenter une nouvelle demande d'inscription, verser des droits d'inscription et satisfaire les exigences d'inscription en vigueur au moment de la demande. Je comprends que je dois obtenir un certificat d'inscription et un numéro d'inscription avant de recommencer à exercer la profession d'ergothérapeute en Ontario. Ceci comprend l'orientation au lieu de travail.

Date de fin d'emploi en ergothérapie (jj/mm/aaaa)	Signature	Signature du témoin
--	-----------	---------------------

Veuillez indiquer la raison de votre renoncement à l'inscription :

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

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

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

- | | |
|--|--|
| <input type="radio"/> Au cours des trois dernières années, j'ai travaillé au moins 600 heures dans le champ d'application de l'ergothérapie. | <input type="radio"/> Je ne satisfais à AUCUNE des exigences mentionnées ici et demande l'examen de mon dossier. |
| <input type="radio"/> J'ai terminé un programme de réintégration approuvé par l'Ordre au cours des 18 derniers mois. | <input type="radio"/> Je suis inscrit(e) depuis moins de 3 ans et n'ai pas encore travaillé au moins 600 heures dans le champ d'application de l'ergothérapie. |
| <input type="radio"/> J'ai obtenu mon diplôme d'ergothérapie d'un programme agréé par l'Ordre au cours des 18 derniers mois. | |

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="text"/>	Université	Prov./État	Pays	Année d'obtention du diplôme
<input type="text"/>	Université	Prov./État	Pays	Année d'obtention du diplôme
<input type="text"/>	Université	Prov./État	Pays	Année d'obtention du diplôme
<input type="text"/>	Université	Prov./État	Pays	Année d'obtention du diplôme

10 Diplôme

20 Baccalauréat

31 Maîtrise

40 Doctorat

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="text"/>	Université	Prov./État	Pays	Année d'obtention du diplôme
<input type="text"/>	Université	Prov./État	Pays	Année d'obtention du diplôme
<input type="text"/>	Université	Prov./État	Pays	Année d'obtention du diplôme
<input type="text"/>	Université	Prov./État	Pays	Année d'obtention du diplôme

10 Diplôme

20 Baccalauréat

31 Maîtrise

40 Doctorat

COCHEZ LES DOMAINES D'ÉTUDE AUTRES QUE L'ERGOTHÉRAPIE DANS LESQUELS VOUS AVEZ OBTENU UN NOUVEAU TITRE DE COMPÉTENCE (Consultez le glossaire pour connaître les définitions des termes.)

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

SECTION 6 – SITUATION D'EMPLOI

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

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

Date de début du congé (jj/mm/aaaa)

Date de la fin du congé (le cas échéant) (jj/mm/aaaa)

SECTION 7 – EMPLOI ACTUEL

Remplissez cette section si vous avez travaillé dans le domaine de l'ergothérapie 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 une semaine; il y a 52 semaines dans une année civile.)

Précisez le **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 utilise ses connaissances et ses compétences en ergothérapie pour fournir des services directs à ses clients.
- Pratique principalement non clinique**
Un ergothérapeute non clinique utilise ses connaissances et ses compétences en ergothérapie sans fournir de services directs à ses clients et 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 dans son occupation 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, sauf l'éducation clinique)	_____ %
c) Temps passé à l'éducation clinique	_____ %
d) Temps passé à la recherche (temps passé à la rédaction de propositions de recherche, planification ou réalisation d'activités de recherche, analyse et documentation des résultats)	_____ %
e) Temps passé à l'administration (temps passé par semaine à planifier, organiser, gérer, faire de la paperasserie et des statistiques, facturer)	_____ %
f) 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+f)	100 %

SECTION 8 – 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 PREMIER LIEU DE TRAVAIL – 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
		Téléphone ()
Ville		Télécopieur ()
Province	Date de début d'emploi (jj/mm/aaaa)	Le code postal reflète-t-il le lieu de pratique? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non

QUELLE EST VOTRE CATÉGORIE D'EMPLOI À CE LIEU DE TRAVAIL? (Consultez le glossaire pour connaître les définitions des termes.)

- Permanente (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?

(Le nombre d'heures estimé doit être fourni. Consultez le glossaire pour connaître les définitions des termes.)

- 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? (Consultez le glossaire pour connaître les définitions des termes.)

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

QUEL EST VOTRE RÔLE PRINCIPAL À CE LIEU DE TRAVAIL? (Consultez le glossaire pour connaître les définitions des termes.)

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

QUEL EST LE PRINCIPAL SERVICE QUE VOUS FOURNISSEZ À CE LIEU DE TRAVAIL?

(Consultez le glossaire pour connaître les définitions des termes.)

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

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

SOURCE DE FINANCEMENT

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

8.2 DEUXIÈME LIEU DE TRAVAIL – 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
		Téléphone ()
Ville		Télécopieur ()
Province	Date de début d'emploi (jj/mm/aaaa)	Le code postal reflète-t-il le lieu de pratique? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non

QUELLE EST VOTRE CATÉGORIE D'EMPLOI À CE LIEU DE TRAVAIL? (Consultez le glossaire pour connaître les définitions des termes.)

- Permanente (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?

(Le nombre d'heures estimé doit être fourni. Consultez le glossaire pour connaître les définitions des termes.)

- 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.

Formulaire de renouvellement de
l'inscription annuelle—2019

6 de 11

QUEL EST L'EMPLACEMENT PRINCIPAL DE CE LIEU DE TRAVAIL? (Consultez le glossaire pour connaître les définitions des termes.)

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

QUEL EST VOTRE RÔLE PRINCIPAL À CE LIEU DE TRAVAIL? (Consultez le glossaire pour connaître les définitions des termes.)

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

QUEL EST LE PRINCIPAL SERVICE QUE VOUS FOURNISSEZ À CE LIEU DE TRAVAIL?

(Consultez le glossaire pour connaître les définitions des termes.)

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

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).

- | |
|--|
| <input type="radio"/> Neurologique |
| <input type="radio"/> Cardiovasculaire et respiratoire |
| <input type="radio"/> Musculo-squelettique |
| <input type="radio"/> Digestif/métabolique/endocrinien |

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

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

SOURCE DE FINANCEMENT

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="radio"/> Public/gouvernement | <input type="radio"/> Mélange public/privé | <input type="radio"/> Assurance automobile |
| <input type="radio"/> Secteur privé/client individuel | <input type="radio"/> Autre source de financement | <input type="radio"/> 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		Télécopieur ()
Province	Date de début d'emploi (jj/mm/aaaa)	Le code postal reflète-t-il le lieu de pratique? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non

QUELLE EST VOTRE CATÉGORIE D'EMPLOI À CE LIEU DE TRAVAIL? (Consultez le glossaire pour connaître les définitions des termes.)

- Permanente (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?

(Le nombre d'heures estimé doit être fourni. Consultez le glossaire pour connaître les définitions des termes.)

- 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? (Consultez le glossaire pour connaître les définitions des termes.)

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

QUEL EST VOTRE RÔLE PRINCIPAL À CE LIEU DE TRAVAIL? (Consultez le glossaire pour connaître les définitions des termes.)

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

Formulaire de renouvellement de l'inscription annuelle – 2019

8 de 11

QUEL EST LE PRINCIPAL SERVICE QUE VOUS FOURNISSEZ À CE LIEU DE TRAVAIL?

(Consultez le glossaire pour connaître les définitions des termes.)

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

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

SOURCE DE FINANCEMENT

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

SECTION 9 – ACTES AUTORISÉS

Veuillez cocher (✓) tous les actes autorisés délégués que vous avez exécutés depuis le 1^{er} juin 2018.

ACTES AUTORISÉS

- Communication à un particulier, ou à son représentant, d'un diagnostic attribuant ses symptômes à tels maladies ou troubles, lorsque les circonstances laissent raisonnablement prévoir que le particulier ou son représentant s'appuiera sur ce diagnostic
- Pratique d'interventions sur le tissu situé sous le derme
- Immobilisation plâtrée des fractures ou des luxations articulaires, ou leur consolidation ou réduction
- Manipulation des articulations de la colonne vertébrale au-delà de l'arc de mouvement physiologique habituel d'un particulier au moyen d'impulsions rapides de faible amplitude
- Administration de substances par voie d'injection ou d'inhalation
- Introduction d'un instrument, d'une main ou d'un doigt :
- i. au-delà du conduit auditif externe,
 - ii. au-delà du point de rétrécissement normal des fosses nasales,
 - iii. au-delà du larynx,
 - iv. au-delà du méat urinaire,
 - v. au-delà des grandes lèvres,
 - vi. au-delà de la marge de l'anus,
 - vii. dans une ouverture artificielle dans le corps.
- Application des formes d'énergie prescrites par les règlements pris en application de la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées* ou le fait d'en ordonner l'application
- Prescription, délivrance, vente ou composition de médicaments au sens de la définition qu'en donne la *Loi sur la réglementation des médicaments et des pharmacies*, ou surveillance de la section d'une pharmacie où sont conservés ces médicaments
- Prescription ou délivrance d'appareils de correction visuelle pour les malvoyants, de verres de contact ou de lunettes, autres que de simples lentilles grossissantes, dans le cas de troubles visuels ou oculaires

Les deux activités suivantes n'ont pas besoin d'être déléguées aux ergothérapeutes :

- Traitement, au moyen d'une technique de psychothérapie appliquée dans le cadre d'une relation thérapeutique, d'un désordre grave dont souffre un particulier sur les plans de la pensée, de la cognition, de l'humeur, de la régulation affective, de la perception ou de la mémoire et qui est susceptible de porter gravement atteinte à son jugement, à son intuition, à son comportement, à sa capacité de communiquer ou à son fonctionnement social.
- Acupuncture

SECTION 10 – APTITUDE À EXERCER ET INSCRIPTION PROFESSIONNELLE

Ces questions concernent l'exercice de l'ergothérapie, l'exercice d'autres professions, les infractions et les autres formes de conduite. Répondez à toutes les questions. Si la réponse est « oui », des explications supplémentaires devront être fournies dans la section 13. Veuillez consulter le glossaire pour obtenir des définitions complètes.

- 1) Oui Non Faites-vous en ce moment l'objet d'une poursuite (comme une audience) pour faute professionnelle, incapacité, incapacité ou problème de même nature au Canada ou ailleurs qui n'a pas été mentionnée à l'Ordre?
- 2) Oui Non Avez-vous été déclaré coupable d'une faute professionnelle, incapacité, incapacité ou problème de même nature au Canada ou ailleurs qui n'a pas été mentionné à l'Ordre?
- 3) Oui Non Avez-vous déjà été déclaré coupable d'une négligence ou d'une faute professionnelle au Canada ou ailleurs qui n'a pas été mentionnée à l'Ordre?
- 4) Oui Non Avez-vous été accusé d'une infraction quelconque au Canada ou ailleurs qui n'a pas été mentionnée à l'Ordre?
- 5) Oui Non Êtes-vous présentement assujéti à des conditions ou restrictions (comme des conditions de la mise en liberté sous caution) stipulées par un tribunal (ou une autorité similaire) au Canada ou ailleurs qui n'ont pas déjà été mentionnées à l'Ordre?
- 6) Oui Non Avez-vous été déclaré coupable par un tribunal ou une autre autorité légale d'une infraction quelconque au Canada ou ailleurs qui n'a pas déjà été mentionnée à l'Ordre?
- 7) Oui Non Y a-t-il d'autres événements ou circonstances qui constitueraient un motif raisonnable de croire que vous ne pouvez pas ou ne pourrez pas exercer la profession d'ergothérapeute de façon sécuritaire et responsable?

INSCRIPTION PROFESSIONNELLE

- 1) Oui Non Êtes-vous actuellement inscrit/autorisé à exercer la profession d'ergothérapeute en dehors de l'Ontario? (Si oui, vous devez fournir les renseignements requis ci-dessous. Utilisez une feuille séparée au besoin.)

Organisme de réglementation	Province/ État	Pays	Numéro d'inscription	Statut de l'inscription	Date initiale de l'inscription (mm/aaaa)	Date d'échéance

- 2) Oui Non Êtes-vous actuellement inscrit/autorisé à exercer une profession autre que celle d'ergothérapeute au Canada ou ailleurs? (Si oui, vous devez fournir les renseignements requis ci-dessous. Utilisez une feuille séparée au besoin.)

Nom de toutes
les professions _____

Organisme de réglementation	Province/ État	Pays	Numéro d'inscription	Statut de l'inscription	Date initiale de l'inscription (mm/aaaa)	Date d'échéance

QUESTIONS SUR L'EXERCICE DE VOTRE PROFESSION

(Veuillez répondre aux questions suivantes si vous avez déjà exercé la profession en dehors de l'Ontario.)

Avez-vous déjà exercé la profession en dehors de l'Ontario? Oui Non

Dernier pays où vous avez exercé la profession
d'ergothérapeute (si en dehors du Canada) : S.O.

Dernière province/dernier territoire ou état où vous avez exercé
la profession d'ergothérapeute (Canada ou É.-U. seulement) : S.O.

Dernière année où vous avez exercé la profession d'ergothérapeute dans une compétence autre que l'Ontario : _____

SECTION 11 – ASSURANCE RESPONSABILITÉ PROFESSIONNELLE

Pour renouveler votre inscription, vous devez souscrire une assurance responsabilité professionnelle, tel que stipulé dans l'article 19 des règlements administratifs 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 inscription tant que cette exigence n'a pas été satisfaite.

Souscrivez-vous une assurance responsabilité professionnelle? Oui Non

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

SECTION 12 – DÉCLARATIONS (Elles doivent être signées, datées et attestées par un témoin.)

12a) DÉCLARATION D'ASSURANCE DE LA QUALITÉ

La Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées exige que l'Ordre établisse et maintienne un programme d'assurance de la qualité. En vertu de la Loi de 1991 sur les ergothérapeutes, tous les ergothérapeutes doivent participer au programme d'assurance de la qualité et satisfaire ses exigences (Règl. de l'Ont. 226/96 – Règlement général).

Je déclare par les présentes que je comprends mon obligation de participer au programme d'assurance de la qualité et que j'accepte de satisfaire les exigences obligatoires, y compris l'outil d'autoévaluation, le plan de perfectionnement professionnel et le Programme d'éducation réglementaire prescrit (PÉRP), en respectant les dates d'échéance.

J'accepte Je n'accepte pas

Signature	Date (jj/mm/aaaa)	Témoin
-----------	-------------------	--------

12b) DÉCLARATION D'INSCRIPTION

J'atteste par les présentes que les déclarations que je fais sur le présent formulaire de renouvellement sont, à ma connaissance, complètes et exactes. Je comprends que l'Ordre se réserve le droit de vérifier tout renseignement que je fournis. Je comprends qu'une déclaration fautive ou trompeuse peut me disqualifier de l'inscription ou entraîner la révocation de mon inscription.

Signature	Date (jj/mm/aaaa)	Témoin
-----------	-------------------	--------

SECTION 13 – 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.

Collecte de données

L'Ordre des ergothérapeutes de l'Ontario collabore avec le ministère de la Santé et des Soins de longue durée ainsi qu'avec l'Institut canadien d'information sur la santé pour mieux se renseigner sur les ergothérapeutes en recueillant et en partageant des données sur leur démographie, emplacement géographique, éducation et emploi. Cette collecte et ce partage d'information font partie de la stratégie provinciale en matière de ressources humaines en santé.

Vous devez fournir cette information en application de la Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées, de la Loi de 1991 sur les ergothérapeutes et des règlements et règlements administratifs y afférent. Afin de protéger votre vie privée, les données fournies par l'Ordre sont anonymisées.

SECTION 14 – PAIEMENT

DROITS DE RENOUELEMENT DE L'INSCRIPTION ANNUELLE :

Paiement d'ici le **31 mai 2019** **743,03 \$** (657,55 \$ droits de renouvellement + 85,48 \$ TVH)

Paiement reçu après le 31 mai 2019* **856,03 \$** (657,55 \$ droits de renouvellement + 85,48 \$ TVH + 100 \$ pénalité de retard + 13 \$ TVH)

* Des droits pour un paiement en retard s'appliquent à tous les paiements reçus par l'Ordre ou transférés électroniquement après le 31 mai 2019.

Le montant doit être payé au complet; aucun paiement partiel ne sera accepté.

Des droits de 28,25 \$ (TVH comprise) seront chargés pour tous les chèques sans provision et tous les paiements par carte de crédit qui sont refusés au bureau de l'Ordre.

OPTION DE PAIEMENT 1 – SERVICES BANCAIRES EN LIGNE

Nom de la banque :	<input type="radio"/> BMO	<input type="radio"/> CIBC	<input type="radio"/> RBC	<input type="radio"/> Scotia	<input type="radio"/> TD	<input type="radio"/> Autre _____
N° de confirmation :						

OPTION DE PAIEMENT 2 – CARTE DE CRÉDIT

Type de carte de crédit :	<input type="radio"/> American Express	<input type="radio"/> MasterCard	<input type="radio"/> Visa
Numéro de carte de crédit :			
Date d'expiration (MM/AA) :			
Nom sur la carte :			
Signature du titulaire de la carte :			
Montant total autorisé :	<input type="radio"/> 743,03 \$ <input type="radio"/> 856,03 \$ (comprend la pénalité de retard)		

OPTION DE PAIEMENT 3 – CHÈQUE / MANDAT

<input type="radio"/> Chèque	Numéro : _____
<input type="radio"/> Mandat	

PAR COURRIER/MESSAGER : Ordre des ergothérapeutes de l'Ontario
20, rue Bay, bureau 900, C.P. 78
Toronto ON M5J 2N8

Veillez libeller tous les chèques et mandats à l'ordre de COTO et inscrire sur le chèque/mandat votre numéro d'inscription (ainsi que votre nom s'il est différent du nom sur le chèque). Aucun chèque postdaté ne sera accepté (le chèque sera renvoyé au demandeur et une pénalité de retard pourra être imposée).

Questions?

Courriel : registration@coto.org **Téléphone :** 1.800.890.6570 /416.214.1177, poste 224 **Télécopieur :** 416.214.0851
www.coto.org

À l'usage du bureau seulement :		
N° iMIS :	Date du traitement :	N° d'autorisation :