

Entente de supervision – Certificat d'exercice provisoire

Renseignements importants

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Ce formulaire doit être signé par l'ergothérapeute superviseur, l'employeur et le postulant (ergothérapeute titulaire du certificat d'exercice provisoire) et remis à l'Ordre pour approbation au moins une semaine avant la date de début d'emploi proposée. • Le postulant doit avoir un numéro d'inscription à l'Ordre avant de commencer à travailler (ce qui comprend l'orientation à son rôle et lieu de travail). • Tous les superviseurs doivent détenir un certificat d'inscription général délivré par l'Ordre et avoir au moins un an d'expérience pratique. • Les superviseurs doivent être approuvés par la registraire de l'Ordre. Voir la Politique sur l'approbation des superviseurs et d'autres mandataires de l'Ordre pour plus de détails. | <ul style="list-style-type: none"> • Le certificat d'exercice provisoire délivré par l'Ordre est valide pendant un maximum de 60 jours après la date de l'examen national d'attestation en ergothérapie (ENAE). • Une fois que l'Ordre a reçu une preuve de la réussite de l'ENAE, il délivrera un certificat d'inscription général à l'ergothérapeute titulaire du certificat d'exercice provisoire et la supervision ne sera plus nécessaire. • Si le postulant ne réussit pas l'examen, une nouvelle entente de supervision doit être soumise à l'Ordre. Si elle est approuvée, le certificat d'exercice provisoire sera prolongé pendant un maximum de 60 jours après la date du prochain examen. • Si le postulant échoue une deuxième fois à l'examen, le certificat d'exercice provisoire sera annulé. • Si l'emploi ou la supervision cesse, le certificat d'exercice provisoire sera annulé. |
|---|--|

Renseignements sur le postulant

Nom du postulant :

Date de début d'emploi :

Date de l'examen :

Choisir une des options suivantes :

- Je sou mets cette entente pour approbation
- Je demande un changement de superviseur
- J'ajoute un second superviseur
- J'ai échoué l'examen et je sou mets une nouvelle entente pour confirmer la continuation de la supervision

Renseignements sur l'employeur

À titre d'employeur, j'atteste que le postulant nommé ci-dessus a besoin de supervision, conformément au plan établi par l'ergothérapeute superviseur.

Nom de l'organisme :

Nom de la personne autorisée à signer au nom de l'employeur :

Adresse :

Titre de la personne autorisée à signer au nom de l'employeur :

Numéro de téléphone :



Renseignements sur le superviseur

Nom du superviseur :	Numéro d'inscription à l'Ordre :
Numéro de téléphone :	Courriel :

Entente du superviseur

En tant qu'ergothérapeute superviseur, je comprends et j'accepte ce qui suit : (veuillez cocher les cases et signer en dessous pour confirmer l'entente)

- Je vais évaluer les connaissances, les aptitudes et le jugement du postulat (ergothérapeute titulaire d'un certificat d'exercice provisoire) et déterminer le niveau de supervision approprié requis
- Je vais accroître ou décroître le niveau de supervision selon les besoins
- Si je suis incapable de remplir mes devoirs de superviseur, j'aviserai l'Ordre immédiatement
- Je m'assurerai que mes connaissances des normes et des ressources de l'Ordre sont à jour
- J'accepte de créer et de maintenir un [Plan de supervision – Certificat d'exercice provisoire](#) pendant toute la période de supervision
- J'accepte de soumettre le plan de supervision sur demande de l'Ordre
- Je comprends que je dois aviser l'Ordre immédiatement si :
 - Je crois que le postulant est incompetent ou incapable de fournir des soins sécuritaires aux patients/clients
 - Le postulant est congédié pour faute professionnelle, incompetence ou incapacité
 - Le postulant doit être congédié mais démissionne avant d'être congédié
 - J'ai appris que le postulant pourrait avoir infligé de mauvais traitements d'ordre sexuel à un patient/client

Signatures

Signature du postulant :	Date de la signature :
Signature de l'employeur :	Date de la signature :
Signature du superviseur :	Date de la signature :

Communiquez avec un responsable du programme d'inscription à registration@coto.org ou composez le 1 800 890 6570, poste 230, si vous avez des questions ou des inquiétudes.