

**Adresse postale**

Registraire des infirmières et infirmiers auxiliaires immatriculés  
Direction de l'accréditation professionnelle et des affaires réglementaires  
Ministères des Services aux collectivités  
C.P. 2703, C-5  
Whitehorse (Yukon) Y1A 2C6

**Adresse municipale et coordonnées du bureau**

307, rue Black, rez-de-chaussée  
Whitehorse (Yukon)  
Téléphone : 867-667-5111  
Télécopieur : 867-667-3609  
Courriel : plra@gov.yk.ca

Nom du demandeur<sup>1</sup> : \_\_\_\_\_

Ancien nom (ex. nom de jeune fille) : \_\_\_\_\_

Adresse du domicile : \_\_\_\_\_

Ville ou localité : \_\_\_\_\_ Prov./Terr. : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Téléphone : (Maison) \_\_\_\_\_ (Travail) \_\_\_\_\_ (Cellulaire) \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_

Adresse postale (si elle est différente de l'adresse du domicile) : \_\_\_\_\_

Ville ou localité : \_\_\_\_\_ Prov./Terr. : \_\_\_\_\_ Code Postal : \_\_\_\_\_

Je présente une demande de renouvellement :

- d'immatriculation complète (remplir la partie A)  
 d'immatriculation temporaire (remplir la partie B)

**PARTIE A – IMMATRICULATION COMPLÈTE**

**1. SITUATION ACTUELLE :**

Je suis actuellement titulaire de l'immatriculation complète au Yukon.  Oui  Non

**2. COMPÉTENCE CONTINUE :**

**REMARQUE : Après avoir soumis votre registre annuel de formation professionnelle continue et votre nombre d'heures d'exercice professionnel, le registraire des infirmières et infirmiers auxiliaires immatriculés pourrait exiger une preuve supplémentaire de vos heures d'exercice afin de confirmer les renseignements fournis dans la présente demande.**

J'ai accumulé **au moins** 1000 heures d'exercice professionnel au cours des quatre dernières années.  Oui  Non

- Preuve du nombre d'heures d'exercice professionnel vérifié par l'employeur ci-jointe ([Formulaire YG6520](#))  Oui  Non
- Vérification d'emploi pour les heures d'exercice professionnel ci-jointe  Oui  Non
- Si non, indiquez la date prévue de soumission des documents \_\_\_\_\_

Au moins 60 heures, mais pas plus de 300, ont été consacrées à la formation professionnelle continue.  Oui  Non

- Preuve du nombre d'heures de formation professionnelle continue ci-jointe ([Formulaire YG6519](#))  Oui  Non
- Vérification du nombre d'heures de formation professionnelle continue ci-jointe  Oui  Non
- Si non, indiquez la date prévue de soumission des documents \_\_\_\_\_



## 2. SCOLARITÉ :

Je suis titulaire d'un diplôme de : \_\_\_\_\_ Année : \_\_\_\_\_  
*Établissement d'enseignement, sciences infirmières* *Année d'obtention du diplôme*

Je suis inscrit à l'Examen d'autorisation infirmière au Canada (EAIC) en vue de le passer le : \_\_\_\_\_  
*Date*

## 3. LIEU D'EXERCICE ET D'IMMATRICULATION EN RÈGLE :

Au cours des **12 derniers mois**, j'ai exercé la profession d'infirmière ou d'infirmier auxiliaire dans les provinces ou territoires suivants :

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Yukon                     | <input type="checkbox"/> Ontario               |
| <input type="checkbox"/> Territoires du Nord-Ouest | <input type="checkbox"/> Québec                |
| <input type="checkbox"/> Nunavut                   | <input type="checkbox"/> Nouveau-Brunswick     |
| <input type="checkbox"/> Colombie-Britannique      | <input type="checkbox"/> Nouvelle-Écosse       |
| <input type="checkbox"/> Alberta                   | <input type="checkbox"/> Île-du-Prince-Édouard |
| <input type="checkbox"/> Saskatchewan              | <input type="checkbox"/> Terre-Neuve           |
| <input type="checkbox"/> Manitoba                  |  |

Pour chacune des administrations **autres que le Yukon** où j'ai exercé la profession d'infirmière ou d'infirmier auxiliaire au **cours des 12 derniers mois**, je joins une preuve d'immatriculation en règle.

Oui  Non

## 4. DIVULGATION DE MESURE DISCIPLINAIRE :

Je fais actuellement ou j'ai déjà fait l'objet d'une enquête, d'une audience ou de procédures disciplinaires en lien avec l'exercice de la profession d'infirmière ou d'infirmier auxiliaire.

Oui  Non

Si OUI, fournissez une déclaration de divulgation complète contenant des précisions sur chacune des enquêtes, audiences ou procédures disciplinaires dont vous avez fait l'objet (joindre une feuille séparée, au besoin) :

Les mesures disciplinaires ont été prises à/au/en : \_\_\_\_\_ en \_\_\_\_\_  
*Endroit(s)* *Année(s)*

Précisions sur la nature des mesures ou procédures disciplinaires et leur résultat :

\_\_\_\_\_

## 5. EXIGENCES EN MATIÈRE DE SUPERVISION :

Mon(mes) superviseur(s) est(ont) : \_\_\_\_\_  
*Nom du ou des superviseur(s)*

Je vais exercer à : \_\_\_\_\_  
*Nom de l'établissement de soins de santé, de l'entreprise ou du cabinet de médecin*

## AUTRES RENSEIGNEMENTS À FOURNIR

### EMPLOI ACTUEL

Domaine d'activités en soins infirmiers :  Soins directs dans un établissement de soins de santé  Administration en soins infirmiers  
 Enseignement en soins infirmiers  Recherche en soins infirmiers

Emploi :  À temps plein  À temps partiel/occasionnel

Situation professionnelle :  10 Emploi régulier comme inf. aux.  
 11 Emploi occasionnel comme inf. aux.  
 20 Emploi dans un autre domaine, mais à la recherche d'un emploi comme inf. aux.  
 21 Emploi dans un autre domaine et ne cherche pas d'emploi comme inf. aux.  
 30 Sans emploi et à la recherche d'un emploi comme inf. aux.  
 31 Sans emploi et ne cherche pas d'emploi comme inf. aux.

Emplois auprès de plus d'un organisme :  Oui  Non

## LIEU DE TRAVAIL :

### Employeur ou lieu de travail principal

Lieu de travail principal \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_  
(ex. Centre Copper Ridge)

### Employeur ou lieu de travail secondaire

Lieu de travail secondaire \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_  
(ex. Centre Copper Ridge)

### Autre employeur ou lieu de travail

Autre lieu de travail \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_  
(ex. Centre Copper Ridge)

## CODE DE SECTEUR D'ACTIVITÉ :

Indiquez un seul code par employeur :

Employeur ou lieu de travail principal     Employeur ou lieu de travail secondaire     Autre employeur ou lieu de travail

- |  |  |
|--|--|
| 01 Centre hospitalier (médecine générale, maternité, pédiatrie, psychiatrie) | 08 Bureau de santé au travail/entreprise/industrie |
| 02 Centre de santé mentale   | 09 Agence privée de soins infirmiers/service privé |
| 03 Poste de soins infirmiers (en région éloignée ou en clinique)             | 10 Travail autonome                                |
| 04 Centre de réadaptation ou de convalescence                                | 11 Cabinet de médecin/unité de médecine familiale  |
| 05 Centre d'hébergement/de soins prolongés                                   | 12 Établissement d'enseignement                    |
| 06 Agence de soins à domicile  | 13 Association/gouvernement                        |
| 07 Centre de santé communautaire   | 14 Autre   |
|  | 17 Organisme de santé publique                     |

## PRINCIPALES RESPONSABILITÉS (INDIQUEZ UN SEUL CODE PAR EMPLOYEUR OU LIEU DE TRAVAIL)

Inscrivez, pour chaque employeur, le code du secteur correspondant le mieux au poste que vous occupez chez cet employeur.

Employeur ou lieu de travail principal     Employeur ou lieu de travail secondaire     Autre employeur ou lieu de travail

### Soins directs

- |                                |                                |
|--------------------------------|--------------------------------|
| 01 Médecine générale/chirurgie | 10 Santé au travail            |
| 02 Psychiatrie/santé mentale   | 11 Salle d'opération/de réveil |
| 03 Pédiatrie                   | 12 Soins d'urgence             |
| 04 Maternité/pouponnière       | 13 Secteurs cliniques divers   |
| 05 Gériatrie/soins prolongés   | 14 Oncologie                   |
| 06 Soins intensifs             | 15 Réadaptation                |
| 07 Santé communautaire         | 16 Soins palliatifs            |
| 08 Soins ambulatoires          | 17 Santé publique              |
| 09 Soins à domicile            | 19 Autres soins directs        |

### Administration

- 21 Service infirmier  
22 Enseignement (secteur inf.)  
29 Autre

### Recherche

- 41 Sciences infirmières seulement  
49 Autre

### Éducation (clientèle)

- 31 Élèves  
32 Personnel/employés  
33 Bénéficiaires/patients  
39 Autre

## PRINCIPALES RESPONSABILITÉS (INDIQUEZ UN SEUL CODE PAR EMPLOYEUR OU LIEU DE TRAVAIL)

Inscrivez, pour chaque employeur, le code du secteur correspondant le mieux au poste que vous occupez chez cet employeur.

Employeur ou lieu de travail principal     Employeur ou lieu de travail secondaire     Autre employeur ou lieu de travail

- 06 Inf. aux./Inf. aux. de service/Inf. en santé communautaire  
08 Formation/éducation  
11 Autre  
12 Coordinatrice/coordonnateur/responsable des soins  
13 Inf. aux. spécialisé(e) : Inf. aux. qui possède les accréditations requises pour fournir des soins spécialisés, ex. aide à la dialyse, spécialiste en soins des pieds/podiatrie, conseillère en allaitement, inf. aux./technicien en salle d'opération, technicienne en orthopédie, spécialiste en vaccination ou en orthopédie avancée.

## LISTE DE VÉRIFICATION

### Aux fins de ma demande de renouvellement d'immatriculation complète, je joins les documents suivants :

- Formulaire de demande dûment signé (la **partie A** est remplie au complet, y compris la déclaration de compétence continue)
- Preuve d'immatriculation en règle dans les administrations autres que le Yukon
- Résultats de la vérification du casier judiciaire et de la vérification en vue d'un travail auprès de personnes vulnérables, le cas échéant (exigé tous les cinq ans)
- Droit d'immatriculation exigible au plus tard le 31 janvier – 200 \$**
- Droit d'immatriculation si payé après le 31 janvier et avant le 31 mars – 240 \$**
- Annexe A : Données de carte de crédit (si le droit est payé par carte de crédit)
- Formulaire *Vérification d'emploi – Heures d'exercice professionnel*
- Formulaire *Registre annuel de formation professionnelle continue*

### Aux fins de ma demande de renouvellement d'immatriculation temporaire, je joins les documents suivants :

- Formulaire de demande dûment signé (la **partie B** est remplie au complet, y compris la date du EAIC et le nom du superviseur)
- Preuve d'immatriculation en règle dans les administrations autres que le Yukon
- Droit d'immatriculation exigible au plus tard le 31 janvier – 200 \$**
- Droit d'immatriculation si payé après le 31 janvier et avant le 31 mars – 240 \$**
- Annexe A : Données de carte de crédit (si le droit est payé par carte de crédit)
- Formulaire *Vérification d'emploi – Heures d'exercice professionnel*
- Formulaire *Registre annuel de formation professionnelle continue*

**VEUILLEZ IMPRIMER LE PRÉSENT FORMULAIRE ET SIGNER LA DÉCLARATION CI-DESSOUS QUI CONFIRME QUE LES RENSEIGNEMENTS FOURNIS SONT EXACTS.**

## DÉCLARATION DU DEMANDEUR

Je déclare que les renseignements fournis aux présentes sont complets et exacts.

\_\_\_\_\_  
*Signature*

\_\_\_\_\_  
*Date*

**Fournir de faux renseignements peut entraîner des conséquences graves, y compris le rejet de votre demande ou la révocation de votre immatriculation.**

Les renseignements personnels fournis dans le présent formulaire sont recueillis, utilisés et divulgués en conformité avec les paragraphes 29 a) et c) de la *Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée* et en vertu de la loi qui régit la profession faisant l'objet d'une demande de licence. Ils seront utilisés aux fins d'application de ces lois et de leurs règlements connexes, et en vue de déterminer l'admissibilité à l'inscription et de maintenir à jour un registre public. Ils serviront également à des fins de recherche et de statistiques en ce qui a trait aux ressources humaines dans le domaine de la santé. Dans ce dernier cas, l'identité des personnes ne sera pas divulguée. Pour obtenir de plus amples renseignements sur la cuedette de ces renseignements, veuillez communiquer avec la Direction de l'accréditation professionnelle et des affaires réglementaires du ministère des Services aux collectivités, gouvernement du Yukon, par la poste, au C.P. 2703, Whitehorse (Yukon) Y1A 2C6; par téléphone, au 867-667-5111; par télécopieur, au 867-667-3609; par courriel, à [plra@gov.yk.ca](mailto:plra@gov.yk.ca).

Page réservée à des fins d'impression.  
Voir la page suivante pour les options de paiement du droit de licence.

La Direction de l'accréditation professionnelle et des affaires réglementaires du gouvernement du Yukon accepte uniquement les paiements par carte de crédit faits par la poste, par téléphone ou par messagerie.

**PAR LA POSTE**

Accréditation professionnelle et  
affaires réglementaires  
Ministère des Services aux  
collectivités (C-5)  
C.P. 2703  
Whitehorse (Yukon)  
Y1A 2C6

**PAR TÉLÉPHONE**

867-667-5111  
  
Sans frais au Yukon :  
1-800-661-0408,  
poste 5111

**PAR MESSAGERIE**

Accréditation professionnelle et  
affaires réglementaires  
Ministère des Services aux  
collectivités (C-5)  
307, rue Black  
Whitehorse (Yukon)  
Y1A 2N1

*Nous n'acceptons pas les paiements par carte de crédit envoyés par télécopieur ou par courriel.*

Nom (en lettres détachées) : \_\_\_\_\_

Profession : \_\_\_\_\_  Nouvelle demande  Renouvellement  Autre

**PAIEMENT**

Montant \_\_\_\_\_ \$ (Le montant à payer est indiqué sur le formulaire de demande)

VISA  MASTERCARD  AMEX

Numéro : \_\_\_\_\_ Date d'expiration : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*Signature*

**LE GOUVERNEMENT DU YUKON NE PERMET PAS QUE LES DONNÉES DE CARTE DE CRÉDIT SOIENT  
CONSERVÉES SUR SUPPORT PHYSIQUE OU ÉLECTRONIQUE.  
CES DONNÉES SERONT DÉTRUITES CONFORMÉMENT À LA POLITIQUE DU GOUVERNEMENT DU YUKON  
ET AUX NORMES DE SÉCURITÉ SUR LES DONNÉES DE L'INDUSTRIE DES CARTES DE PAIEMENT.**