

1. Name in full:  
*Nom du demandeur :* \_\_\_\_\_  
Print name in full • *Nom au long en lettres détachées*
2. Maiden name (if applicable):  
*Nom de jeune fille (s'il y a lieu) :* \_\_\_\_\_
3. Date of birth: \_\_\_\_\_ Location: \_\_\_\_\_  
*Date de naissance :* \_\_\_\_\_ *Lieu de naissance :* \_\_\_\_\_
4. Business name:  
*Nom commercial :* \_\_\_\_\_
5. Office Address:  
*Adresse professionnelle :* \_\_\_\_\_  
City • *Ville*
- Province/Territory • *Province/territoire* Postal code • *Code postal* Business telephone number • *Numéro de téléphone au bureau*
6. Mailing Address:  
*Adresse postale :* \_\_\_\_\_  
City • *Ville*
- Province/Territory • *Province/territoire* Postal code • *Code postal* Business telephone number • *Numéro de téléphone au bureau*
7. I expect to practice in \_\_\_\_\_ starting on \_\_\_\_\_  
*Je compte exercer à \_\_\_\_\_ à partir du \_\_\_\_\_*
8. (a) Are you presently licensed to practise in another jurisdiction?  
*Êtes-vous actuellement titulaire d'une licence vous autorisant à exercer dans une autre région administrative?* \_\_\_\_\_  
(b) If yes, where?  
*Dans l'affirmative, indiquez la région administrative.* \_\_\_\_\_
9. Give addresses of all locations and dates in which you have practiced as an optometrist for the past two years preceding this date:  
*Indiquez les endroits où vous avez exercé à titre d'optométriste au cours des deux années précédant la demande ainsi que les périodes visées.*
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
10. Provide a true chronological summary of your educational history giving names of institutions attended, dates of attendance and degrees or diplomas received:  
*Indiquez par ordre chronologique vos antécédents scolaires, en précisant le nom de l'établissement, les périodes visées et les diplômes reçus :*

Institution: <i>Établissement :</i>	Location: <i>Lieu :</i>	Date of entering: <i>Début des études :</i>	Date of leaving: <i>Fin des études :</i>	Degree obtained: <i>Diplôme reçu :</i>

<sup>1</sup>Dans le présent document, les expressions désignant les personnes visent à la fois les hommes et les femmes.

Personal information contained on this form is collected under the *Optometrist Act* and will be used for the purpose of administering the *Act*. For further information, contact the Manager of Consumer Services at (867) 667-5111, toll free within Yukon 1-800-661-0408, ext. 5111.

YG(5308Q)F3 Rev. 04/2007

*Les renseignements personnels demandés dans les présentes sont recueillis en vertu de la Loi sur les optométristes et serviront exclusivement à l'administration de la Loi. On peut obtenir de plus amples renseignements à ce sujet en communiquant avec le responsable des Services aux consommateurs au 867-667-5111 ou, sans frais au Yukon, au 1-800-661-0408, poste 5111.*

11. (a) Have you ever been the subject of an inquiry?  
*Avez-vous déjà fait l'objet d'une enquête?* \_\_\_\_\_
- (b) If yes, state facts  
*Dans l'affirmative, expliquez.* \_\_\_\_\_
- 
12. (a) Have you ever been convicted of or indicted for any crime?  
*Avez-vous déjà été inculpé ou accusé d'un crime?* \_\_\_\_\_
- (b) If yes, state facts  
*Dans l'affirmative, expliquez.* \_\_\_\_\_
- 

I, \_\_\_\_\_,  
 Print name in full

*Je soussigné,* \_\_\_\_\_,  
 Nom au long en lettres détachées

hereby make application for registration and licensure with Yukon in accordance with the *Optometrist Act*.

*demande par les présentes qu'on inscrive mon nom au registre et m'accorde une licence m'autorisant à exercer au Yukon conformément à la Loi sur les optométristes.*

In support of my application, I enclose:

*À l'appui de ma demande, je vous fais parvenir les documents suivants :*

1. Completed application form and fees.
2. A certified copy of degree from a recognized school of optometry in Canada or certified copy of a certificate from the United States National Examination.
3. Certified copy of licence from the jurisdictions I am currently licensed in.
4. A letter of good standing from the jurisdiction in which I have most recently practiced.
5. A certified copy of the document(s) which legally entitle me to reside and work in Canada.
6. Current copy of CPR Certification.

1. *Formulaire de demande dûment rempli et droits requis.*
2. *Copie certifiée conforme du diplôme délivré par une école d'optométrie reconnue au Canada ou copie certifiée conforme du certificat du United States National Examination.*
3. *Copie certifiée conforme des licences délivrées par les autorités responsables dans les régions administratives où je suis actuellement autorisé à exercer.*
4. *Lettre attestant que je suis en règle dans la région administrative où j'étais en exercice tout récemment.*
5. *Copie certifiée conforme des documents qui m'autorisent à résider et à travailler au Canada en toute légalité.*
6. *Copie de mon attestation de compétence en RCR.*

**Please return your documents and fees to:**

Consumer Services, C-5  
 P.O. Box 2703,  
 Whitehorse, YT Y1A 2C6  
 OR

Consumer Services  
 2130 Second Avenue  
 Whitehorse, YT Y1A 5H6

***Veillez faire parvenir la demande des accompagnés droits requis et des documents à l'appui à l'adresse suivante :***

*Services aux consommateurs, C-5  
 C.P. 2703,  
 Whitehorse (Yukon) Y1A 2C6*

*OU*

*Services aux consommateurs, C-5  
 2130, 2<sup>e</sup> Avenue  
 Whitehorse (Yukon) Y1A 5H6*

Please make your cheque payable to Government of Yukon, or,  
*Veillez libeller votre chèque à l'ordre du « Gouvernement du Yukon » ou fournir les renseignements demandés ci-dessous :*

Visa \_\_\_\_\_ Expiry \_\_\_\_\_  
*Visa Expiration* \_\_\_\_\_

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

Mastercard \_\_\_\_\_ Expiry \_\_\_\_\_  
*Mastercard Expiration* \_\_\_\_\_

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

Please contact Consumer Services at 867-667-5111 or fax 867-667-3609 or e-mail [consumer@gov.yk.ca](mailto:consumer@gov.yk.ca) for inquiries.  
*Si vous avez des questions, communiquez avec les Services aux consommateurs par téléphone au 867-667-5111, par télécopieur au 867-667-3609 ou par courriel à [consumer@gov.yk.ca](mailto:consumer@gov.yk.ca).*

**FEES ENCLOSED • PAIEMENT CI-JOINT**

**RESIDENT • RÉSIDENT**

- Registration (\$400) • *Inscription au registre 400 \$*
- Annual licence fee (\$200) • *Licence annuelle 200 \$*

**NON-RESIDENT • NON-RÉSIDENT**

- Registration (\$50) • *Inscription au registre 50 \$*
- Annual licence fee (\$50) • *Licence annuelle 50 \$*

**STATUTORY DECLARATION • DÉCLARATION SOLENNELLE**

In the matter of my application for registration and licensure

*Au sujet de ma demande d'inscription au registre et de l'obtention d'une licence m'autorisant à exercer*

within Yukon, I \_\_\_\_\_  
Print name in full

au Yukon, je \_\_\_\_\_  
Nom au long en lettres détachées

of \_\_\_\_\_ in the province/  
City

de \_\_\_\_\_  
ville

territory of \_\_\_\_\_

province/territoire \_\_\_\_\_

**DO SOLEMNLY DECLARE:**

1. that I am the person referred to in the documents submitted in support of my application, and that these documents present a true and accurate account of my qualifications; and
2. that I authorize the licensing authorities and persons named herein to give such information to Yukon licensing body as they require.

**DÉCLARE SOLENNELLEMENT QUE :**

1. *je suis bien la personne nommée dans les documents présentés à l'appui de ma demande et que ces documents reflètent de façon exacte la formation que j'ai reçue;*
2. *j'autorise les autorités chargées de la délivrance des licences et les personnes nommées dans les présentes à fournir aux autorités chargées de la délivrance des licences au Yukon les renseignements qu'elles demandent.*

Declared before me at \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_  
*Déclaré devant moi à \_\_\_\_\_ au/en \_\_\_\_\_*

this \_\_\_\_\_ day of \_\_\_\_\_, 20  
*ce \_\_\_\_\_ jour de \_\_\_\_\_ 20*

\_\_\_\_\_  
Signature of Notary Public • *Signature du notaire public*

\_\_\_\_\_  
Signature of Applicant • *Signature du demandeur*

\_\_\_\_\_  
Notary Public • PLEASE PRINT  
*Nom du notaire public (EN LETTRES DÉTACHÉES)*

\_\_\_\_\_  
Applicant • PLEASE PRINT  
*Nom du demandeur (EN LETTRES DÉTACHÉES)*