



Government
Gouvernement

APPLICATION FOR YUKON REGISTRATION
OPTOMETRISTS ACT
DEMANDE D'INSCRIPTION AU REGISTRE À TITRE D'OPTOMÉTRISTE

LOI SUR LES OPTOMÉTRISTES

1. Name in full:
Nom du demandeur¹ : _____
Print name in full • Nom au complet en lettres détachées
2. Maiden name (if applicable): _____ Gender
Nom de jeune fille (s'il y a lieu) : _____ Sexe
3. Date of birth: _____ Location: _____
Date de naissance : _____ Endroit : _____
4. Clinic name:
Nom de la clinique : _____
5. Clinic address: _____ Mail to Clinic
Adresse de la clinique : _____ Envoyer le courrier à la clinique
City • Ville
- Province/Territory • Province/territoire Postal code • Code postal Clinic telephone number • Téléphone au travail
6. Home Address: _____
Adresse du domicile : _____
City • Ville
- Province/Territory • Province/territoire Postal code • Code postal Home Telephone number • Téléphone (domicile)
7. I expect to practise in: _____ starting on _____
Je compte exercer à : _____ à compter du _____
Name of Clinic • Nom de la clinique Date • date
8. Place of Graduation:
Lieu d'obtention du diplôme : _____
9. Year of Graduation:
Année d'obtention du diplôme : _____
yyyy/aaaa
10. Year when you completed the Canadian Assessment of Competence in Optometry (CACO) or the Canadian Standard Assessment in Optometry (CSAO):
Année où vous avez terminé l'Évaluation canadienne des compétences en optométrie (ÉCCO) ou l'Évaluation canadienne standardisée en optométrie (ECSO) : _____
yyyy/aaaa
11. Year when you completed the International Optometric Bridging Program (IOPB); (if applicable):
Année où vous avez terminé le Programme optométrique international de transition, le cas échéant : _____
yyyy/aaaa
12. Year when you completed the National Board of Examiners in Optometry (NBEO); if applicable:
Année où vous avez terminé les examens du Conseil national des examinateurs en Optométrie (NBEO), le cas échéant : _____
yyyy/aaaa
13. (a) Are you presently licensed to practise in another jurisdiction?
Êtes-vous présentement titulaire d'une licence délivrée dans une autre région administrative?
 Yes/Oui No/Non
- (b) If yes, where?
Si oui, laquelle? _____

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

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. Pour de plus amples renseignements, veuillez communiquer avec la Direction de l'accréditation professionnelle et des affaires réglementaires au 867-667-5111 ou, sans frais au Yukon, au 1-800-661-0408, poste 5111.

¹Dans le présent document, les expressions désignant des personnes visent à la fois les hommes et les femmes.

14. Give addresses of all locations and dates where and when you have practised as an optometrist for the past two years preceding this date:
Indiquez tous les endroits (adresses et dates) où vous avez exercé votre profession au cours des 2 années précédant la présente demande :

15. 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 de formation, en précisant le nom de l'établissement, les périodes visées et les diplômes reçus :

| Institution: <i>Établissement :</i> | Location: <i>Endroit :</i> | Date of entering: <i>Date de début des études :</i> | Date of graduation: <i>Date de fin des études :</i> | Degree obtained: <i>Diplôme obtenu :</i> |
|--|-------------------------------|--|--|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

16. (a) Have you ever been the subject of an inquiry?
Avez-vous déjà fait l'objet d'une enquête? Yes/Oui No/Non

(b) If yes, state facts
Si oui, veuillez exposer les faits : _____

17. (a) Have you ever been convicted of or indicted for any crime?
Avez-vous déjà été accusé ou déclaré coupable d'un acte criminel? Yes/Oui No/Non

(b) If yes, state facts
Si oui, veuillez exposer les faits : _____

I, _____,
Print name in full

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

Signature

In support of my application, I enclose:

1. Completed application form.
2. Required registration and licensing fees.
3. • Certified copy of an optometrist licence issued by a regulatory authority in another Canadian jurisdiction that is party to the Agreement on Internal Trade; **and**
• a letter of standing from the authority that issued this licence;
OR
• Certified proof of successful completion of the Canadian Assessment of Competence in Optometry;
and one of the following:
• A certified copy of a degree from a school of optometry accredited by the Accreditation Council on Optometric Education; **or**
• A certified copy of a degree from a *non-accredited* school of optometry **and** certified proof of successful completion of the International Optometric Bridging Program.
4. A certified copy of the document(s) which legally entitles me to reside and work in Canada.
5. Current copy of CPR Certification.

Je, _____,
Nom au complet en lettres détachées

par la présente, sou mets une demande d'inscription au registre et d'autorisation d'exercer au Yukon, en vertu de la Loi sur les optométristes.

Signature

Je joins les documents suivants à l'appui de ma demande :

1. Formulaire de demande dûment rempli.
2. Droits d'inscription et de licence requis
3. • Certificat d'optométriste délivré par un organisme de réglementation canadien d'une autre région administrative faisant partie des signataires de l'Accord sur le commerce intérieur **ainsi** qu'une lettre de ce dernier attestant que je suis en règle.
OU
• Copie certifiée conforme attestant la réussite de l'Évaluation canadienne des compétences en optométrie
et un des documents suivants :
• Copie certifiée conforme du diplôme délivré par une école d'optométrie agréée par l'Accreditation Council on Optometric Education
• Copie certifiée conforme du diplôme délivré par une école d'optométrie non agréée **ainsi** que les documents attestant que j'ai réussi le Programme optométrique international de transition
4. Copie certifiée conforme des documents prouvant que je suis légalement autorisé à résider et à travailler au Canada.
5. Copie de certificat de RCR valide

FEES ENCLOSED • PAIEMENT CI-JOINT

RESIDENT • RÉSIDENT

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

NON-RESIDENT • NON-RÉSIDENT

(Practising in Yukon for 3 months or less in licensing year)
(travaille au Yukon 3 mois ou moins durant l'année visée par la licence)

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

Important Note: Professional Licensing and Regulatory Affairs will **NOT** accept payment by email or fax.
Remarque importante : La Direction de l'accréditation professionnelle et des affaires réglementaires **N'ACCEPTERA PAS** de paiement par courriel ou par télécopieur.

Please make your cheque payable to Government of Yukon, or,
complete payment information form YG5924 at: <http://www.gov.yk.ca/forms/cs.html#cs1>
Veuillez libeller votre chèque à l'ordre du gouvernement du Yukon, ou remplir le formulaire de paiement par carte de crédit YG5924,
au : <http://www.gov.yk.ca/forms/cs.html#cs1>

Please return your documents and fees to:

Mail:
Professional Licensing and Regulatory Affairs, C-5
Box 2703, Whitehorse, Yukon Y1A 2C6
or
Courier or Dropoff:
Professional Licensing and Regulatory Affairs, C-5
307 Black Street, Whitehorse, Yukon Y1A 2N1

Veillez faire parvenir votre dossier accompagné des droits réglementaires :

Par la poste :
Accréditation professionnelle et affaires réglementaires, C-5
C.P. 2703 Whitehorse (Yukon) Y1A 2C6
ou
Par messagerie ou en personne :
Accréditation professionnelle et affaires réglementaires, C-5
307, rue Black, Whitehorse (Yukon) Y1A 2N1

Please contact Professional Licensing and Regulatory Affairs at 867-667-5111 or fax 867-667-3609 or e-mail PLRA@gov.yk.ca for inquiries.
Si vous avez des questions, veuillez communiquer avec l'Accréditation professionnelle et affaires réglementaires : par téléphone, au 867-667-5111;
par télécopieur, au 867-667-3609; par courriel, à PLRA@gov.yk.ca

**STATUTORY DECLARATION • DÉCLARATION SOLENNELLE
OPTOMETRISTS ACT • LOI SUR LES OPTOMÉTRISTE**

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 ma profession*

in Yukon, I _____
Print name in full

*au Yukon, je _____
Nom au complet en lettres détachées*

of _____
City

*de _____
ville*

in the province/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 the Yukon licensing authority as required.

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/d' _____, 20_____

Signature of Notary Public • *Signature du notaire public*

Signature of Applicant • *Signature du demandeur*

Name of Notary Public • PLEASE PRINT
Nom du notaire public (EN LETTRES DÉTACHÉES)

Name of Applicant • PLEASE PRINT
Nom du demandeur (EN LETTRES DÉTACHÉES)