



VERIFICATION OF TEACHING EXPERIENCE ATTESTATION D'EXPÉRIENCE EN ENSEIGNEMENT

To be forwarded directly by the signing authority issuing this certificate to:

Teacher Qualification Board
Department of Education
Government of Yukon
P.O. Box 2703
Whitehorse, YT Y1A 2C6

À envoyer directement par le signataire autorisé (qui délivre la présente attestation) à :

Commission de qualification professionnelle des enseignants et enseignantes
Ministère de l'Éducation
Gouvernement du Yukon
C.P. 2703
Whitehorse (Yukon) Y1A 2C6

This is to certify that

J'atteste par la présente que _____

Taught in the school (s) operated by:

a enseigné à l'école (aux écoles) placée(s) sous l'autorité de : _____

NAME AND ADDRESS OF SCHOOL BOARD • NOM ET ADRESSE DE LA COMMISSION SCOLAIRE

		Full/part time (%) • Temps plein/partiel (%)
From _____ to _____ <i>de _____ à _____</i>		_____
From _____ to _____ <i>de _____ à _____</i>		_____
From _____ to _____ <i>de _____ à _____</i>		_____

For a total period of _____ years _____ months.
pendant une période totale de _____ années _____ mois.

Please confirm the following:

1. A valid teaching certificate issued by the Provincial/Territorial Department of Education (or equivalent government authority in the case of experience gained outside of Canada) was a requirement for employment.
 Yes No
2. The teaching experience was gained at an institution in which the curriculum was accredited by the Provincial/Territorial Department of Education (or equivalent government authority outside of Canada).
 Yes No

Veillez confirmer ce qui suit :

1. Être titulaire d'un brevet d'enseignement valide délivré par le ministère de l'Éducation provincial/territorial (ou par une autre instance gouvernementale dans le cas d'une expérience acquise à l'extérieur du Canada) était une exigence d'emploi.
 Oui Non
2. L'expérience en enseignement a été acquise dans un établissement dont le programme a été agréé par le ministère de l'Éducation provincial/territorial (ou par une instance gouvernementale comparable à l'extérieur du Canada).
 Oui Non

PRINT NAME • NOM EN LETTRES DÉTACHÉES

AUTHORIZED SIGNATURE • SIGNATAIRE AUTORISÉ

TITLE • TITRE

TELEPHONE • TÉLÉPHONE

DATE