

DEMANDE DE RENOUELEMENT
D'INSCRIPTION COMPLÈTE, TEMPORAIRE
OU À TITRE DE MEMBRE INACTIF
PHYSIOTHÉRAPEUTES

Adresse postale

Registraire des professions de la santé
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 demandeur¹ : _____ Numéro de licence : _____

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'inscription complète (remplir la partie A)
- d'inscription temporaire (remplir la partie B)
- d'inscription à titre de membre inactif (remplir la partie C)

PARTIE A – INSCRIPTION COMPLÈTE

1. SITUATION ACTUELLE :

Je suis actuellement titulaire de l'inscription complète au Yukon.

- Oui
- Non

2. COMPÉTENCE CONTINUE :

REMARQUE : Le registraire des professions de la santé pourrait exiger une preuve du nombre d'heures d'exercice professionnel, y compris du nombre d'heures de perfectionnement et d'interventions spécialisées en physiothérapie, et ce, avant ou après la délivrance de l'inscription, afin de confirmer les renseignements fournis dans la présente demande.

J'ai accumulé **au moins** 1 200 heures d'exercice professionnel au cours des **cinq dernières années**.

- Oui
- Non

Si OUI :

De ces 1 200 heures d'exercice professionnel, **au moins** 60 heures, mais pas plus de 300, ont été consacrées à la formation professionnelle continue.

- Oui
- Non

De ces 1 200 heures d'exercice professionnel, **pas plus de** 300 heures ont été consacrées à la prestation de services non rémunérés.

- Oui
- Non

3. LIEU D'EXERCICE ET D'INSCRIPTION EN RÈGLE :

- a. Au cours des **12 derniers mois**, j'ai exercé la profession de physiothérapeute 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 | |
- b. Pour chacune des administrations **autres que le Yukon** où j'ai exercé la profession de physiothérapeute au cours des **12 derniers mois**, je joins une preuve d'inscription 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 d'une procédure disciplinaire en lien avec l'exercice de la profession de physiothérapeute.

- 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. ASSURANCE RESPONSABILITÉ :

REMARQUE : Le registraire des professions de la santé pourrait exiger une preuve d'assurance responsabilité, et ce, avant ou après la délivrance de l'inscription, afin de confirmer les renseignements fournis dans la présente demande.

- a. Je souscris actuellement une assurance responsabilité d'au moins un million de dollars contre les réclamations découlant de l'exercice de ma profession.
- Oui Non
- b. Je suis couvert par une assurance responsabilité d'au moins un million de dollars contre les réclamations découlant de l'exercice de ma profession pour au moins les **12 prochains mois**.
- Oui Non

PARTIE B – INSCRIPTION TEMPORAIRE

1. SITUATION ACTUELLE :

Je suis actuellement titulaire de l'inscription temporaire au Yukon.

- Oui Non

Si OUI :

J'ai obtenu ma première inscription temporaire au Yukon en : _____
Mois/année

2. SCOLARITÉ :

REMARQUE : En vertu du paragraphe 14(1) du Règlement sur les physiothérapeutes, la personne qui demande l'inscription temporaire doit avoir obtenu un diplôme dans un programme d'études en physiothérapie reconnu dans les trois années qui précèdent sa demande.

a. Je suis titulaire d'un diplôme de : _____
Établissement d'enseignement, physiothérapie

Date d'obtention du diplôme : _____
Mois et année

b. Je suis inscrit pour la composante clinique de l'examen de compétence en physiothérapie de l'Alliance en vue de le passer le : _____
Date (Mois/jour/année)

3. LIEU D'EXERCICE ET D'INSCRIPTION EN RÈGLE :

a. Au cours des **12 derniers mois**, j'ai exercé la profession de physiothérapeute 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 | |

b. Pour chacune des administrations **autres que le Yukon** où j'ai exercé la profession de physiothérapeute au cours des **12 derniers mois**, je joins une preuve d'inscription 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 de physiothérapeute.

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. ASSURANCE RESPONSABILITÉ CIVILE :

REMARQUE : Le registraire des professions de la santé pourrait exiger une preuve d'assurance responsabilité, et ce, avant ou après la délivrance de l'inscription, afin de confirmer les renseignements fournis dans la présente demande.

a. Je souscris actuellement une assurance responsabilité d'au moins un million de dollars contre les réclamations découlant de l'exercice de ma profession.

Oui Non

b. Je suis couvert par une assurance responsabilité d'au moins un million de dollars contre les réclamations découlant de l'exercice de ma profession pour au moins les **12 prochains mois**.

Oui Non

6. EXIGENCES EN MATIÈRE DE SUPERVISION :

- a. Mon(mes) superviseur(s) est(son)t : _____
Nom du ou des superviseurs
- b. Je vais exercer à : _____
Nom de l'établissement de soins de santé, de l'entreprise ou du cabinet de médecin

7. TITRE PROFESSIONNEL :

REMARQUE : En vertu du paragraphe 14(4) du Règlement sur les physiothérapeutes, le membre inscrit à titre temporaire peut utiliser le titre « physiothérapeute inscrit à titre temporaire ».

Je confirme que j'utiliserai le titre « physiothérapeute inscrit à titre temporaire » plutôt que « physiothérapeute ».

- Oui Non

PARTIE C – INSCRIPTION À TITRE DE MEMBRE INACTIF**1. SITUATION ACTUELLE :**

Je suis actuellement titulaire de l'inscription à titre de membre temporaire au Yukon.

- Oui Non

2. EXERCICE DE LA PROFESSION

a. À l'heure actuelle, je n'exerce pas la profession de physiothérapeute.

- Oui Non

Donnez des précisions si vous exercez encore la profession de physiothérapeute.

b. Je n'exercerai pas la profession de physiothérapeute au cours des 12 prochains mois.

- Oui Non

Donnez des précisions si vous comptez exercer prochainement la profession de physiothérapeute.

3. DIVULGATION DE MESURE DISCIPLINAIRE :

Je fais actuellement ou j'ai déjà fait l'objet d'une enquête, d'une audience ou d'une procédure disciplinaire en lien avec l'exercice de la profession de physiothérapeute.

- 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 :

FORMATION SPÉCIALISÉE

INTERVENTIONS SPÉCIALISÉES EN PHYSIOTHÉRAPIE

Ma licence actuelle comporte une autorisation pour procéder à des interventions spécialisées en physiothérapie.

- Oui Non

Si OUI :

Je possède les autorisations de procéder aux interventions spécialisées en physiothérapie suivantes :

- Acupuncture Conditions génito-urinaires et rectales
 Manipulation rachidienne

Au cours des 12 derniers mois, j'ai pratiqué les interventions spécialisées en physiothérapie pour lesquelles je possède une autorisation :

- Régulièrement Rarement
 À l'occasion Jamais

EMPLOI ACTUEL

TYPE D'EMPLOI

- Emploi à titre de physiothérapeute
 Emploi dans un autre domaine
(*Si vous cochez cette case, passez à la partie « Formation postsecondaire en physiothérapie »*).

Emploi auprès de plus d'un organisme :

- Oui Non

À mon lieu de travail **principal**, où j'exerce la profession de physiothérapeute, je travaille :

- 10 – À temps plein 20 – À temps partiel

Ma situation professionnelle auprès de mon employeur **principal** est la suivante (cocher une seule case) :

- 10 – Emploi permanent 30 – Emploi occasionnel
 20 – Emploi temporaire 40 – Travail autonome

À mon lieu de travail **secondaire**, où j'exerce la profession de physiothérapeute, je travaille :

- 10 – À temps plein 20 – À temps partiel

Ma situation professionnelle auprès de mon employeur **secondaire** est la suivante (cocher une seule case) :

- 10 – Emploi permanent 30 – Emploi occasionnel
 20 – Emploi temporaire 40 – Travail autonome

LIEU DE TRAVAIL

Employeur ou lieu de travail **principal** _____ Code postal : _____

Employeur ou lieu de travail **secondaire** _____ Code postal : _____

Indiquez un seul code de secteur d'activité par employeur : Employeur ou lieu de travail principal Employeur ou lieu de travail secondaire

- | | | | |
|-----|--|-----|---|
| 010 | Hôpital général | 080 | Pratique professionnelle de groupe |
| 020 | Établissement de réadaptation | 090 | Pratique professionnelle individuelle |
| 030 | Établissement de santé mentale | 100 | Établissement d'enseignement postsecondaire |
| 040 | Établissement de soins | 110 | École ou commission scolaire |
| 050 | Établissement de soutien à la vie autonome | 120 | Association/gouvernement/organisme parapublic |
| 060 | Centre de santé communautaire | 130 | Entreprise industrielle ou commerciale |
| 070 | Agence de personnel visiteur | 140 | Autre |

DOMAINES D'EXERCICE (INDIQUEZ UN SEUL CODE PAR EMPLOYEUR OU LIEU DE TRAVAIL)

Inscrivez, pour chaque employeur, le code du secteur correspondant le mieux à votre domaine d'exercice professionnel à ce lieu de travail.

Employeur ou lieu
de travail principal

Employeur ou lieu
de travail secondaire

014 Médecine générale	094 Soins périnéaux	160 Autres domaines d'exercice
024 Médecine sportive	100 Autre domaine de soins directs	174 Réadaptation visant le retour au travail
034 Traitement des brûlés et des blessés	104 Oncologie	184 Ergonomie
044 Plastie	110 Administration	214 Consultant
054 Amputations	114 Soins intensifs	234 Enseignement en physiothérapie
064 Orthopédie	120 Gestion des soins aux patients	244 Formation continue
074 Rhumatologie	124 Cardiologie	254 Formation (autre)
080 Soins palliatifs	134 Neurologie	264 Vente
084 Réadaptation vestibulaire	144 Pneumologie	
090 Promotion de la santé et du mieux-être	150 Recherche	

CADRE CLINIQUE (INDIQUEZ UN SEUL CODE PAR EMPLOYEUR OU LIEU DE TRAVAIL)

Inscrivez, pour chaque employeur, le code du secteur correspondant le mieux à votre cadre clinique à ce lieu de travail.

Employeur ou lieu
de travail principal

Employeur ou lieu
de travail secondaire

14 Appareil locomoteur	44 Peau et tissus sous-cutanés
24 Système neurologique	54 Plus d'un système
34 Systèmes cardiovasculaire et respiratoire	64 Cadre non clinique

TYPE DE PATIENT

Inscrivez, pour chaque employeur, le code du secteur correspondant le mieux au type de patient que vous traitez à ce lieu de travail.

Employeur ou lieu
de travail principal

Employeur ou lieu
de travail secondaire

24 Enfants	44 Tous âges
30 Adultes	50 Autre
40 Personnes âgées	

LANGUE

Je fournis des services de physiothérapie dans les langues suivantes (*cochez toutes les réponses qui s'appliquent*) :

Anglais Français

Autres : _____

FORMATION POSTSCOLAIRE EN PHYSIOTHÉRAPIE

Au cours des **12 derniers mois**, j'ai obtenu les diplômes suivants en physiothérapie (*cochez toutes les réponses qui s'appliquent*) :

- Diplôme Maîtrise
 Baccalauréat Doctorat

Au cours des 12 derniers mois, j'ai obtenu un diplôme de l'établissement suivant :

(Établissement d'enseignement, physiothérapie, endroit)

LISTE DE VÉRIFICATION

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

- Formulaire de demande dûment signé (la **partie A** est remplie au complet)
 Preuve d'inscription en règle dans les administrations autres que le Yukon
 Droit d'inscription exigible au plus tard le 31 janvier – 200 \$
 Droit d'inscription (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)

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

- Formulaire de demande dûment signé (la **partie B** est remplie au complet)
 Preuve d'inscription en règle dans les administrations autres que le Yukon
 Droit d'inscription exigible au plus tard le 31 janvier – 200 \$
 Droit d'inscription (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)

Aux fins de ma demande de renouvellement d'inscription à titre de membre inactif, je joins les documents suivants :

- Formulaire de demande dûment signé (la **partie C** est remplie au complet)
 Droit d'inscription exigible au plus tard le 31 janvier – 40 \$
 Annexe A : Données de carte de crédit (si le droit est payé par carte de crédit)

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 inscription.

Les renseignements fournis dans le présent formulaire sont recueillis en vue de déterminer l'admissibilité à l'inscription et de maintenir à jour le registre des physiothérapeutes au Yukon, ainsi qu'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. Le cas échéant, tout renseignement divulgué le sera conformément aux modalités prévues par la *Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée*.

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.

Pour des raisons de sécurité, ne pas envoyer de renseignements personnels de nature financière par courriel ou par télécopieur.

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.**