

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 : Après avoir soumis votre registre annuel de formation professionnelle continue et votre nombre d'heures d'exercice professionnel, le registraire des physiothérapeutes 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** 1200 heures d'exercice professionnel au cours des **cinq 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 _____

FOURNIR LES RENSEIGNEMENTS DEMANDÉS CI-DESSOUS

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
020 Établissement de réadaptation
030 Établissement de santé mentale
040 Établissement de soins
050 Établissement de soutien à la vie autonome
060 Centre de santé communautaire
070 Agence de personnel visiteur

080 Pratique professionnelle de groupe
090 Pratique professionnelle individuelle
100 Établissement d'enseignement postsecondaire
110 École ou commission scolaire
120 Association/gouvernement/organisme parapublic
130 Entreprise industrielle ou commerciale
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*) :

- | | |
|---------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Diplôme | <input type="checkbox"/> Maîtrise |
| <input type="checkbox"/> Baccalauréat | <input type="checkbox"/> 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)
- Formulaire *Vérification d'emploi – Heures d'exercice professionnel*
- Formulaire *Registre annuel de formation professionnelle continue*

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)
- Formulaire *Vérification d'emploi – Heures d'exercice professionnel*
- Formulaire *Registre annuel de formation professionnelle continue*

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 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 cueillette 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.

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.