

Compétence linguistique : Demande de relevé de notes



COLLEGE OF NURSES
OF ONTARIO
ORDRE DES INFIRMIÈRES
ET INFIRMIERS DE L'ONTARIO

L'EXCELLENCE EN SOINS

Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario
101, chemin Davenport, Toronto (ON) M5R 3P1
www.cno.org/fr/bienvenue/

Téléphone : 416 928-0900
Sans frais au Canada : 1 800 387-5526
Télécopieur : 416 928-6507

Collecte de renseignements personnels

Veillez prendre connaissance de la [Politique de protection des renseignements personnels](#) pour comprendre l'usage que l'on fera de vos renseignements personnels.

Instructions destinées aux candidates et candidats

Veillez remplir la Section 1 de ce formulaire. Lorsque cela est fait, envoyez ce formulaire directement à l'école pour qu'elle remplisse la Section 2 et 3. Lorsque cela est fait, l'école doit envoyer ce formulaire directement à l'OIIO, accompagné d'une copie de votre relevé de notes.

SECTION 1 : RENSEIGNEMENTS SUR LE/LA CANDIDAT(E)

Nom de famille _____

Prénom _____

Date de naissance (aaaa-mm-jj) _____

Numéro de demande d'inscription _____

Dans le cadre de ma demande d'inscription pour pouvoir exercer la profession infirmière en Ontario, l'OIIO exige que votre organisation fournisse des renseignements sur ma formation d'infirmière qui prouvent que je maîtrise l'anglais ou le français et que je peux lire, écrire, écouter et parler à un niveau requis pour un exercice sécuritaire et compétent de la profession infirmière en Ontario. Par la présente, je vous autorise (mon ancienne école et/ou école actuelle) à fournir tous les renseignements en votre possession à l'OIIO relatifs au programme de formation d'infirmière que j'ai suivi. Cela constitue votre autorisation légale de fournir les renseignements demandés par l'OIIO, pouvant, de quelque manière que ce soit, être pertinents pour ma demande.

Signature du/de la candidat(e) : _____

Date : _____
(aaaa-mm-jj)

Compétence linguistique : Demande de relevé de notes



COLLEGE OF NURSES
OF ONTARIO
ORDRE DES INFIRMIÈRES
ET INFIRMIERS DE L'ONTARIO

L'EXCELLENCE EN SOINS

Instructions destinées à l'école

L'école doit remplir la Section 2 et 3 et joindre un relevé de notes. Lorsque cela est fait, transmettez ce formulaire à l'OIO, accompagné du relevé de notes, de l'une des façons suivantes :

- Par la poste, dans une enveloppe officielle portant la signature, le sceau, le timbre ou le logo du signataire ou de l'organisation; ou
- Par courriel à enp@cnomail.org, ou
- Par télécopieur ou télécopie électronique au 416 928-6507

SECTION 2 : RENSEIGNEMENTS SUR L'ÉCOLE

Nom de l'école

Adresse

Ville

Province

Code postal

SECTION 3 : RENSEIGNEMENTS SUR LE PROGRAMME

Nom du programme

Date de début du programme (aaaa-mm-jj)

Date de fin du programme (aaaa-mm-jj)

Langue principale d'enseignement

Théorie : Anglais Français

Clinique : Anglais Français

Clinique, placement ou l'alternance : Anglais Français

Le stage clinique, le placement ou l'alternance impliquait (veuillez cocher toutes les réponses qui s'appliquent) :

Une interaction directe avec des patients, des clients et/ou des professionnels de la santé

Une simulation virtuelle (Remarque : L'expérience clinique simulée virtuelle n'est pas acceptée de manière exclusive)

Veuillez joindre le relevé de notes du/de la candidat(e) à ce formulaire et transmettre le tout directement à l'OIO. Une description des cours n'est pas requise. L'OIO peut demander des informations supplémentaires au besoin.

Prénom et nom de la personne

Titre de la personne

Numéro de téléphone

Adresse de courriel

Signature : _____

Date : _____

(aaaa-mm-jj)