

Attestation d'études (réussite) et demande de relevé de notes Infirmière praticienne — Ontario



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 (Ontario) M5R 3P1
www.cno.org

Tél : 416 928-0900
Sans frais au Canada : 1 800 387-5526
Télec. : 416 928-6507

Comment remplir ce formulaire

Étape 1 : La candidate/le candidat remplit la section 1.

Étape 2 : L'école d'infirmières remplit la section 2.

Étape 3 : L'école d'infirmières retourne le formulaire, dûment rempli, à l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario (L'OIIIO) à l'adresse postale figurant au haut du présent formulaire. Voir les instructions à la section 2.

Important

L'OIIIO n'acceptera pas ce document si celui-ci lui est envoyé par la candidate/le candidat. Le formulaire doit être envoyé directement par l'école.

Collecte de renseignements personnels

Veuillez examiner la Politique de confidentialité affichée sur le site Web de l'Ordre (www.cno.org/confidentialite) pour comprendre l'usage que l'on fera de vos renseignements personnels.

SECTION 1

Doit être remplie par la candidate/le candidat

Nom de famille

Prénom

Adresse postale de la candidate/du candidat

App./unité

Ville

Province/État

Code postal/Code ZIP

Pays

Date de naissance (JJ/MMM/AAAA)

Sexe : Féminin Masculin

J'autorise _____ à fournir à l'Ordre des infirmières et infirmiers de

Nom de l'école d'infirmières

l'Ontario les renseignements sollicités dans la section 2 ainsi que tous les renseignements en sa possession concernant mes études. Ce document constitue votre autorisation légale de fournir à l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario tous les renseignements susceptibles d'avoir un rapport quelconque avec ma demande, que l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario sollicitera.

Signature de la candidate/du candidat : _____ Date: _____

JJ/MMM/AAAA

Attestation d'études (réussite) et demande de relevé de notes Infirmière praticienne — Ontario



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

L'EXCELLENCE EN SOINS

Section 2—Écoles d'infirmières : Veuillez remplir la section 2 du présent formulaire et fournir un **relevé officiel de notes** qui inclut une liste des notes obtenues, une ventilation des heures de théorie et de pratique clinique pour chaque matière, ainsi qu'une copie des descriptions et des schémas de cours et des résultats du programme fait par la candidate/le candidat. Veuillez retourner le tout à l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario dans une enveloppe portant l'entête, le sceau ou le timbre du programme de formation d'IP.

SECTION 2

Doit être remplie par l'école d'infirmières Attention aux candidats : ne pas remplir la section 2

École d'infirmières

Type d'école (p. ex., collège, hôpital, université, institution professionnelle)

Adresse

N° de tél. (inclure l'indicatif du pays)

Ville

Courriel

Province/État Code postal/Code ZIP Pays

N° de téléc. (inclure l'indicatif du pays)

1. Programme réussi : _____

- Infirmière praticienne – Soins aux adultes
 Infirmière praticienne – Pédiatrie
 Infirmière praticienne – Soins de santé primaires
 Autre (précisez s.v.p.) _____

2. Nom du programme : _____

3. Niveau du programme réussi (cochez une case seulement) :

- Certificat post-baccalauréat
 Grade de maîtrise
 Diplôme post-maîtrise
 Autre (précisez s.v.p.) _____

4. Durée du programme : _____

Date d'admission : (JJ / MMM / AAAA)

Date de réussite : (JJ / MMM / AAAA)

5. Nombre total d'heures cliniques requises pour réussir le programme : _____

6. Préalables d'admission au programme :

Années _____ Titre scolaire _____

7. Le programme pour IP était-il reconnu ou approuvé au moment de sa réussite par la candidate/le candidat dans l'administration où il était offert? Oui Non

8. Programme agréé par : _____

(Nom de l'instance d'agrément/d'octroi de licence)

9. Date initiale d'agrément : (JJ / MMM / AAAA)

Je certifie par la présente qu'à ma connaissance, la présente constitue une déclaration fidèle du dossier scolaire de la personne nommée dans la section 1 du présent formulaire pour le programme de formation d'infirmière en question.

Nom (en caractères d'imprimerie s.v.p.)

Titre

Signature

Date (JJ/MMM/AAAA)

École d'infirmières : Apposer le sceau de l'école dans la case prévue à cet effet ci-dessous.

Envoyer par la poste à :
Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario
101, chemin Davenport, Toronto (Ontario) M5R 3P1
Canada

Apposer le sceau ici