

# Attestation d'exercice infirmier

## Infirmière praticienne



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](http://www.cno.org)

Tél : 416 928-0900  
Sans frais au Canada : 1 800 387-5526  
Télec. : 416 928-6507 Courriel : [enp@cnomail.org](mailto:enp@cnomail.org)

### Comment remplir ce formulaire

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

Étape 2 : L'employeur/l'agence remplit la section 2.

Étape 3 : L'employeur/l'agence retourne le formulaire, dûment rempli, à l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario (L'OIIO) par courriel à [enp@cnomail.org](mailto:enp@cnomail.org).

### Important

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

### Collecte de renseignements personnels

Veuillez examiner la [Politique de confidentialité](#) 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/MM/AAAA)

Numéro de la demande

Nom(s) précédent(s)

Date d'emploi

De : ( )

A : ( ) (dernier quart de travail)

Catégorie d'emploi

Infirmière autorisée

Infirmière praticienne – Soins aux adultes

Infirmière praticienne – Pédiatrie

Infirmière praticienne – Soins de santé primaires

Autre (précisez s.v.p.) \_\_\_\_\_

Je soussignée/soussigné \_\_\_\_\_ demande l'inscription en Ontario.

Nom de la candidate/du candidat

Pour pouvoir traiter ma demande, l'OIIO demande que votre établissement lui fournisse des renseignements sur ma situation d'emploi. J'autorise par la présente mon ou mes employeurs précédents ou actuels à fournir à l'OIIO tous les renseignements en leur possession concernant mon exercice infirmier. Ce document constitue votre autorisation légale de fournir les renseignements en question et tous les autres renseignements susceptibles d'avoir un rapport quelconque avec ma demande, que l'OIIO sollicitera.

Signature de la candidate/du candidat : \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

JJ/MM/AAAA

# Attestation d'exercice infirmier

## Infirmière praticienne



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

L'EXCELLENCE EN SOINS

**Section 2 — Employeur/Agence :** Veuillez remplir la section 2 du présent formulaire et l'envoyer directement à l'OIO par courriel à [enp@cnomail.org](mailto:enp@cnomail.org). Veuillez à inclure une description d'emploi avec le formulaire d'attestation d'exercice infirmier (IP). Ces renseignements peuvent être échangés avec la candidate/le candidat.

## SECTION 2

**Doit être remplie par l'employeur/l'agence** Attention aux candidats : ne pas remplir la section 2

Nom de l'employeur/l'agence

Province/État

Code postal/Code zip

Pays

Adresse

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

Ville

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

1. Date d'emploi :  
De : (                    )  
A : (                    )
2. Dernier quart de travail : (                    )
3. Catégorie d'emploi :  
 Infirmière autorisée  
 Infirmière praticienne – Soins aux adultes  
 Infirmière praticienne – Pédiatrie  
 Infirmière praticienne – Soins de santé primaires  
 Autre (précisez s.v.p.) \_\_\_\_\_
4. Poste infirmier  
(p. ex., infirmière de chevet, IP) : \_\_\_\_\_
5. Type de milieu de travail  
(p. ex., santé publique) : \_\_\_\_\_
6. Type de population de clients (p. ex., adultes,  
pédiatrie, santé mentale) : \_\_\_\_\_
7. Principale langue utilisée par pour lire, écrire,  
parler et écouter dans le cadre des soins de santé  
ou de la pratique lors de la prestation de services  
infirmiers et de l'interaction avec les patients, les  
clients et/ou d'autres professionnels de la santé :  
\_\_\_\_\_
8. Pendant la prestation de services infirmiers à  
ces patients dans cette langue, la candidate/le  
candidat a exercé la profession :  
 À temps plein (au moins 30 heures par semaine)  
 À temps partiel (moins de 30 heures par semaine)  
 Occasionnellement (suivant les besoins)

9. Réembaucheriez-vous cette personne? \_\_\_\_\_

Dans la négative, veuillez expliquer (joignez une  
explication si vous avez besoin de plus d'espace) :

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Je certifie par la présente que l'information fournie  
est véridique et complète :

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

Titre

Courriel

Signature

Date (JJ/MM/AAAA)