

Attestation d'inscription



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

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
Téléc. : 416 928-6507

L'EXCELLENCE EN SOINS

Comment remplir ce formulaire

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

Étape 2 : Le conseil des infirmières et infirmiers d'infirmières remplit la section 2.

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

Important L'Ordre n'acceptera pas ce document si celui-ci lui est envoyé par la candidate/le candidat. Le formulaire doit être envoyé directement par le conseil des infirmières et infirmiers.

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

Numéro de la demande _____

Nom(s) précédent(s) _____

Je soussignée/soussigné _____ ai obtenu mon diplôme de _____
Votre nom en caractères d'imprimerie s.v.p. Nom de l'école d'infirmières

située à _____, _____ à la date suivante _____
Ville Pays JJ/MMM/AAAA

J'autorise _____ à fournir à l'Ordre des infirmières et infirmiers de
Nom du conseil d'inscription des infirmières et infirmiers

l'Ontario tous les renseignements sollicités dans la section 2 ainsi que tous les renseignements en sa possession concernant mon inscription/ma licence. 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'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario sollicitera.

Signature de la candidate/du candidat : _____ Date: _____
JJ/MMM/AAAA

Section 2 – Conseil d'inscription des infirmières et infirmiers : Veuillez remplir la section 2 du présent formulaire et l'envoyer directement à l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario dans une enveloppe portant l'entête, le sceau ou le timbre du conseil d'inscription des infirmières et infirmiers.

SECTION 2

Doit être remplie par le conseil des infirmières et infirmiers Attention aux candidats : ne pas remplir la section 2

Nom de l'école d'infirmières _____

Emplacement de l'école d'infirmières _____

Nom de l'inscrite/l'inscrit _____

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

Date de réussite : (JJ / MMM / AAAA)

Attestation d'inscription

SECTION 2 suite



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

L'EXCELLENCE EN SOINS

- Type de programme réussi :
 Infirmière autorisée
 infirmière auxiliaire autorisée
 Autre (précisez s.v.p.) : _____
- Le programme de formation d'infirmière était-il reconnu ou approuvé dans l'administration où il a été réussi comme programme dont les diplômées sont admissibles à exercer dans ladite administration à titre d' :
infirmière autorisée Oui Non
infirmière auxiliaire autorisée Oui Non
- Le programme était-il officiellement reconnu ou approuvé par _____
(Nom de l'organisme/du conseil de réglementation de la profession d'infirmière, de l'instance
_____ gouvernementale d'octroi de licence/de reconnaissance ou de l'organisme d'agrément)
- L'inscription a été obtenue par voie d' :
 Examen
 Approbation
 Autre (précisez s.v.p.) : _____
- Si l'inscription a été obtenue par voie d'examen, veuillez préciser l'examen réussi :
 EAIC EAIAC
 NCLEX
 Autre (précisez s.v.p.) : _____
- Nombre de tentatives de l'examen d'autorisation : _____
Date de réussite de l'examen : (JJ / MMM / AAAA)
- Catégorie d'inscription :
 Infirmière autorisée
 Infirmière auxiliaire autorisée
 Autre (précisez s.v.p.) : _____
- Date originale de l'inscription : (JJ / MMM / AAAA)
Date d'expiration : (JJ / MMM / AAAA)
- Numéro de l'inscription/de la licence délivrée : _____
- Statut de l'inscription/la licence :
 Active/valide
 Expirée
 Autre (précisez s.v.p.) : _____
- Est-ce qu'on a déjà refusé à l'inscrite/l'inscrit l'inscription/la licence pour exercer à titre d'infirmière/d'infirmier dans votre administration ou une autre administration?
 Oui Non Si oui, joindre une explication s.v.p.
- Est-ce que l'inscription/la licence de l'inscrite/l'inscrit a déjà été révoquée, suspendue, remise, restreinte ou assortie de conditions et restrictions?
 Oui Non Si oui, joindre une explication s.v.p.

- Est-ce que l'inscrite/l'inscrit a déjà été visée/visé par une décision de faute professionnelle, d'incompétence, d'incapacité, de négligence professionnelle, de faute médicale ou d'une décision similaire liée à l'exercice de la profession infirmière ou d'une autre profession?
 Oui Non Si oui, joindre une explication s.v.p.
- Est-ce que l'inscrite/l'inscrit fait actuellement l'objet d'une enquête ou d'une procédure pour faute professionnelle, incompétence, incapacité, ou d'une enquête ou d'une procédure similaire liée à l'exercice de la profession?
 Oui Non Si oui, joindre une explication s.v.p.

Si vous êtes un conseil de réglementation de la profession d'infirmière au Canada et la candidate/le candidat est titulaire d'une inscription/licence actuelle dans votre administration, veuillez confirmer que la candidate/le candidat est membre en règle en répondant aux questions suivantes :

- Est-ce que l'inscrite/l'inscrit est visée/visé par une décision disciplinaire ou une décision d'aptitude professionnelle ou par une procédure ou enquête en cours, ou par une décision ou une entente provisoire découlant d'une plainte, d'une enquête ou d'une procédure?
 Oui Non Si oui, joindre une explication s.v.p.
- Est-ce que l'inscrite/l'inscrit est conforme aux exigences du maintien de la compétence et d'assurance de la qualité de votre organisation?
 Oui Non Si oui, joindre une explication s.v.p.

Je soussignée/soussigné, la/le _____
registraire/secrétaire agissant au nom de

Nom du conseil des infirmières et infirmiers auprès duquel
l'inscrite/l'inscrit est inscrite/inscrit

certifie par la présente que les déclarations précitées attestent fidèlement le dossier d'inscription de

Nom de l'inscrite/l'inscrit

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

Courriel

Signature Date (JJ/MMM/AAAA)

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

Apposer le sceau ici