



# **GUIDE DE DEMANDE DU CERTIFICAT DE MEMBRE TITULAIRE - DIPLÔMÉS CANADIENS**

**Ordre des audiologistes et des orthophonistes de l'Ontario**

|                           |
|---------------------------|
| <b>TABLE DES MATIÈRES</b> |
|---------------------------|

|     |   |        |
|-----|---|--------|
| 1.  | Introduction .....  | 2      |
| 2.  | Certificat de membre titulaire .....  | 2      |
| 3.  | Critères d'inscription .....  | 2 - 3  |
| 4.  | Comment faire une demande .....   | 3      |
| 5.  | Présentation de la demande de certificat de membre titulaire .....                        | 4      |
| 6.  | Présentation du formulaire B (résumé des heures de stage clinique) .....                  | 5      |
| 7.  | Présentation du formulaire C (vérification de l'inscription/autorisation d'exercer) ..... | 5      |
| 8.  | Présentation du formulaire D (demande de références) .....                                | 5      |
| 9.  | Documents à fournir à l'appui .....   | 5 - 6  |
|     | a) Preuve de citoyenneté canadienne ou du statut au Canada .....                          | 5      |
|     | b) Preuve de changement de nom .....  | 6      |
|     | c) Relevés de notes officiels .....   | 6      |
| 10. | Présentation du formulaire d'inscription du certificat de membre titulaire .....          | 6 - 7  |
|     | a) Renseignements au sujet de l'emploi .....  | 6      |
|     | b) Assurance-responsabilité professionnelle .....   | 6 - 7  |
| 11. | Frais .....   | 7 - 8  |
| 12. | Processus d'examen des demandes .....   | 8      |
| 13. | Examen du dossier par le Comité d'inscription .....                                       | 8 - 9  |
| 14. | Appel de la décision .....  | 9 - 10 |
| 15. | Remarque importante .....   | 10     |
| 16. | Annexe .....  | 11     |

## INTRODUCTION

La pratique de l'audiologie et de l'orthophonie en Ontario est régie par la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées* et la *Loi de 1991 sur les audiologistes et les orthophonistes*.

Avant de pouvoir travailler à titre d'audiologiste ou d'orthophoniste en Ontario, il faut s'inscrire auprès de l'Ordre des audiologistes et des orthophonistes de l'Ontario (ci-après appelé « l'Ordre » ou « l'OAOO »). L'inscription auprès de l'Ordre permet au membre d'utiliser les titres protégés « audiologiste », « orthophoniste », « logopède », une variante ou une abréviation de ces titres. L'inscription donne aussi le droit de se présenter comme une personne qualifiée pour exercer en Ontario et pour accomplir les actes de sa profession qui lui sont autorisés par la *Loi de 1991 sur les audiologistes et les orthophonistes*.

L'Ordre prend très au sérieux la question de la pratique non autorisée. Toute personne qui exerce la profession sans s'inscrire commet une infraction grave passible de sanctions disciplinaires et d'amendes.

Pour toute question au sujet de l'inscription, veuillez communiquer avec l'adjointe de programme des Services d'inscription de l'OAOO :

Par téléphone : 416-975-5347, poste 213, ou 1-800-993-9459, poste 213 (numéro sans frais en Ontario)

Par courriel : [cprashad@caslpo.com](mailto:cprashad@caslpo.com)

Par la poste : CASLPO, 3080, rue Yonge, bureau 5060, C.P. 71, Toronto (Ontario) M4N 3N1

## CERTIFICAT DE MEMBRE TITULAIRE

L'Ordre attribue un certificat de membre titulaire aux postulants qui ont terminé avec succès une période réglementaire de pratique professionnelle dans le cadre d'un programme de mentorat en Ontario, ou qui possèdent au moins deux ans d'expérience professionnelle satisfaisante dans une autre province, un autre État ou pays et ont accumulé au moins 750 heures de soins aux patients ou de travail connexe en audiologie ou en orthophonie au cours des trois années précédant leur demande. Les titulaires d'un certificat de membre titulaire peuvent dispenser des soins aux patients et accomplir des tâches connexes en audiologie ou en orthophonie, de façon autonome, et sont également autorisés à participer à des activités variées dans le champ de pratique de l'audiologie ou de l'orthophonie en Ontario.

## CRITÈRES D'INSCRIPTION

Le postulant doit satisfaire à toutes les exigences d'inscription (pouvant ou non faire l'objet d'une exemption) prévues au Règlement de l'Ontario 21/12 ([www.e-laws.gov.on.ca/html/regs/english/elaws\\_regs\\_120021\\_e.htm](http://www.e-laws.gov.on.ca/html/regs/english/elaws_regs_120021_e.htm)).

### DIPLÔMES EXIGÉS

Si vous êtes un diplômé canadien et que vous voulez obtenir un certificat d'inscription à titre d'audiologiste ou d'orthophoniste en Ontario, vous devez avoir complété avec succès une maîtrise en audiologie ou en orthophonie dans une université canadienne agréée par le Conseil d'agrément des programmes universitaires canadiens en audiologie et en orthophonie ou par un autre organisme d'agrément approuvé par le Conseil de l'OAOO à cette fin.

### CITOYENNETÉ CANADIENNE, STATUT DE RÉSIDENT PERMANENT OU PERMIS DE TRAVAIL VALIDE

Vous devez fournir à l'Ordre une preuve de citoyenneté canadienne, de statut de résident permanent ou d'autorisation d'exercer la profession d'audiologiste ou d'orthophoniste en vertu de la *Loi sur l'immigration et la protection des réfugiés* (loi du Parlement canadien).

Veillez noter toutefois que l'Ordre évaluera vos qualifications en vue de l'inscription avant votre immigration au Canada.

### **INSCRIPTION OU AUTORISATION D'EXERCER ANTÉRIEURE DANS UN AUTRE TERRITOIRE CANADIEN OU ÉTRANGER**

Vous devez fournir la confirmation de votre inscription ou autorisation d'exercer antérieure dans une autre province, un autre État ou pays. L'Ordre peut vous dispenser de cette exigence s'il n'existe pas d'organisme de réglementation, d'autorisation ou de certification dans votre territoire antérieur.

### **RÉFÉRENCES D'EMPLOI**

Vous devez fournir les détails de votre expérience professionnelle. Cela comprend demander à votre employeur le plus récent de remplir et de nous faire parvenir le formulaire de références de l'Ordre. Si vous êtes travailleur autonome, demandez à un employeur antérieur ou à un de vos pairs professionnels de rédiger une lettre de référence pour vous.

### **PRATIQUE RÉCENTE**

Les postulants qui n'ont pas exercé l'audiologie ou l'orthophonie depuis plus de trois ans avant de faire une demande de certificat de membre titulaire doivent faire examiner leur demande par un sous-comité du Comité d'inscription de l'Ordre. Le sous-comité pourrait exiger :

- a) que vous complétiez avec succès une période d'exercice professionnel supervisée par un mentor, telle que stipulée par le Comité;
- b) que vous réussissiez un examen tel que stipulé par le Comité.

## **COMMENT FAIRE UNE DEMANDE**

**Étape 1 :** Lisez le guide au complet avant de commencer les démarches. Si vous avez des questions, communiquez avec l'Ordre par courriel à [cprashad@caslpo.com](mailto:cprashad@caslpo.com) ou par téléphone au numéro 416-975-5347, poste 213.

**Étape 2 :** Réunissez tous les documents que vous devrez inclure dans votre demande. Vous pouvez demander aux établissements d'enseignement de nous envoyer certains documents directement. Si ces documents nous parviennent avant votre demande, nous les classerons en attendant de recevoir votre demande. Tous vos documents doivent être en français ou en anglais. Si vos documents sont dans une autre langue, vous êtes responsable de les faire traduire avant de nous les faire parvenir.

**Étape 3 :** Envoyez votre demande, y compris les frais administratifs exigés et tous les documents à l'appui.

**Étape 4 :** Sur réception de votre demande, des documents exigés et des frais de demande établis, l'Ordre vérifie si vous répondez à toutes les exigences. Il est important pour vous de comprendre que les exigences de l'inscription sont fondées sur les lois et les normes professionnelles en vigueur en Ontario.

Si l'on détermine que vous répondez à tous les critères d'inscription, vous devrez ensuite présenter un formulaire d'inscription du certificat et acquitter le reste des frais exigés avant de recevoir votre certificat d'inscription.

Si vous ne répondez pas à tous les critères d'inscription, votre demande est acheminée au Comité d'inscription de l'Ordre afin d'être examinée plus en détail. Le Comité d'inscription étudie la demande et vous informe par écrit de sa décision.

## PRÉSENTATION DE LA DEMANDE DE CERTIFICAT DE MEMBRE TITULAIRE

Veillez inscrire tous les renseignements clairement, en caractères d'imprimerie. Assurez-vous d'indiquer tous les renseignements demandés et de signer votre déclaration. Les demandes incomplètes retarderont le processus d'approbation.

### **Nom :**

Le nom affiché au tableau public de l'Ordre doit correspondre au nom complet que vous avez indiqué dans votre demande d'inscription initiale.

Si vous devez faire apporter des changements à votre nom après la présentation de votre demande, veuillez nous fournir la preuve de changement de nom (certificat de mariage/divorce ou preuve légale de changement de nom).

Le fait d'exercer sous un nom autre que le nom utilisé pour votre inscription à l'OAOO est considéré comme une faute professionnelle. Le nom qui paraît au tableau de l'OAOO doit être le nom que vous utilisez lorsque vous dispensez vos services.

### **Adresse :**

Vous devez indiquer votre adresse domiciliaire sur ce formulaire ainsi que votre code postal. Votre adresse domiciliaire ne sera pas affichée au tableau public sauf si vous l'inscrivez par la suite en tant qu'adresse professionnelle.

**La loi oblige le registrateur de l'Ordre à afficher l'adresse professionnelle de tous les membres de l'Ordre. C'est votre responsabilité d'informer l'Ordre de tout changement à votre adresse domiciliaire ou professionnelle.**

### **Adresse de courriel :**

L'Ordre utilisera cette adresse de courriel pour communiquer avec vous par voie électronique durant le processus d'inscription. Assurez-vous d'indiquer l'adresse de courriel que vous voulez que l'Ordre utilise.

### **Inscription/autorisation d'exercer actuelle ou antérieure :**

Veillez indiquer toute inscription ou autorisation d'exercer actuelle ou antérieure dans une autre province, un autre État ou un autre pays.

### **Expérience professionnelle :**

Veillez indiquer votre expérience professionnelle en audiologie ou en orthophonie.

### **Conduite antérieure :**

Veillez répondre à toutes les questions honnêtement. Vos réponses seront gardées strictement confidentielles et ne seront utilisées qu'aux fins de l'inscription. Toute fausse déclaration relative à votre conduite passée (ou à tout autre aspect de votre demande) est un motif valable de refus de vous inscrire. Si vous êtes déjà inscrit, le Conseil de l'Ordre peut révoquer votre inscription si vous êtes trouvé coupable de fausse déclaration.

Si vous avez répondu « oui » à une question dans la demande d'inscription, veuillez fournir un résumé détaillé des circonstances de votre situation. L'Ordre pourrait vous demander de fournir d'autres détails ou de clarifier certains renseignements au besoin.

### **Déclaration :**

N'oubliez pas de signer le formulaire. Veillez noter que toute fausse déclaration portée à l'attention de l'Ordre peut entraîner la révocation de votre certificat d'inscription.

## PRÉSENTATION DU FORMULAIRE B (RÉSUMÉ DES HEURES DE STAGE CLINIQUE)

Vous devez faire remplir le formulaire B par votre directeur de programme d'audiologie ou d'orthophonie (ou son remplaçant désigné). Ce formulaire doit indiquer en détail les heures de stage clinique supervisé que vous avez effectuées dans le cadre de votre programme d'études. Les photocopies ne sont pas acceptées.

Vous devez avoir accumulé un total (minimum) de **300 heures de stage clinique supervisé** sous contrôle universitaire dans le cadre de votre programme d'études. Les heures comptées doivent inclure des heures de pratique clinique directe effectuées auprès de personnes atteintes de troubles de communication. Au moins **225** de ces 300 heures doivent être dans le domaine professionnel principal visé par votre demande d'inscription et doivent être effectuées auprès de clients représentant des problèmes variés. Cette expérience doit inclure l'évaluation, la prise en charge et le travail auprès d'enfants et d'adultes. Vous devez avoir effectué au moins **20** heures de pratique clinique directe dans le domaine professionnel secondaire.

Par « pratique clinique directe », on entend les activités cliniques supervisées qui sont partagées ou les activités cliniques supervisées, effectuées en solo, et qui impliquent un contact direct avec les patients/clients.

Veillez noter que sur les 300 heures exigées, vous ne pouvez compter que 30 heures dans la catégorie de la pratique simulée et des conférences/études de cas avec le superviseur clinique. Par pratique simulée, on entend les activités où l'on utilise des patients simulés ou « standardisés ». Les conférences/études de cas avec le superviseur clinique désignent les discussions entre vous et votre superviseur clinique au sujet d'un patient/client précis.

De plus, veuillez noter que vous ne pouvez pas compter les heures d'observation pour satisfaire aux exigences de l'Ordre pour les stages. Les heures d'observation désignent les activités auxquelles vous ne participez pas activement.

## PRÉSENTATION DU FORMULAIRE C (VÉRIFICATION DE L'INSCRIPTION/AUTORISATION D'EXERCER)

Si vous avez reçu une autorisation d'exercer à titre d'orthophoniste ou d'audiologiste dans un autre État ou un autre pays, vous devez remplir et nous présenter le formulaire C pour chaque territoire où vous avez exercé. Au lieu du formulaire C, vous pouvez nous fournir une lettre à jour de l'organisme de réglementation confirmant que votre inscription/autorisation d'exercer est en règle. Nous n'acceptons pas les photocopies de carte de membre comme preuve de votre inscription/autorisation d'exercer.

## PRÉSENTATION DU FORMULAIRE D (DEMANDE DE RÉFÉRENCES)

Vous devez remplir et soumettre le formulaire D. Nous acceptons aussi les lettres de référence d'un employeur récent ou d'un pair professionnel.

## DOCUMENTS À FOURNIR À L'APPUI

Voici les documents que vous devez fournir avec votre demande de certificat de membre titulaire :

### **Preuve de citoyenneté canadienne ou du statut au Canada**

Si vous êtes citoyen canadien, vous devez fournir une copie de votre passeport ou de votre certificat de naissance ou une copie des deux côtés de votre carte de citoyenneté canadienne.

Si vous n'êtes pas citoyen canadien, vous devez fournir une copie de votre fiche d'établissement, de votre carte de résident permanent ou de votre autorisation d'emploi valide (c.-à-d. permis de travail).

Le registrateur révoquera immédiatement le certificat d'inscription de toute personne qui n'a plus le statut de citoyen canadien ou de résident permanent du Canada ou qui n'est pas autorisée à exercer la profession au Canada en vertu de la *Loi sur l'immigration et la protection des réfugiés* (du Canada).

### **Preuve de changement de nom**

Si votre nom actuel est différent du nom qui paraît sur votre certificat de naissance, votre carte de citoyenneté, votre passeport, votre fiche d'établissement ou votre carte de résident permanent, vous devez nous fournir une copie de votre certificat de mariage ou du document officiel à l'appui de votre changement de nom.

### **Relevés de notes officiels**

Les relevés de notes officiels de vos diplômes d'études supérieures doivent nous être envoyés directement par votre université ou peuvent être présentés dans une enveloppe scellée de l'université avec votre demande.

## **PRÉSENTATION DU FORMULAIRE D'INSCRIPTION DU CERTIFICAT DE MEMBRE TITULAIRE**

Si vous avez reçu une offre d'emploi en Ontario, veuillez remplir et nous faire parvenir le formulaire d'inscription avec votre demande de certificat ainsi que tous les frais applicables et documents à l'appui exigés.

Si vous cherchez un emploi en Ontario, vous pouvez nous présenter votre demande de certificat, les frais de demande et les documents à l'appui sans envoyer le formulaire d'inscription du certificat. Lorsque vous aurez accepté un emploi, vous devrez alors nous envoyer le formulaire d'inscription du certificat et le reste des frais d'inscription applicables.

À noter : Vous devez attendre que l'Ordre vous décerne votre certificat d'inscription **avant** de commencer à exercer la profession en Ontario.

### **Renseignements au sujet de l'emploi**

Vous devez fournir votre adresse professionnelle pour le tableau public. Veuillez vous assurer que les renseignements indiqués au sujet de votre emploi sont complets et exacts. Si vous n'avez pas d'emploi ou si vous prévoyez travailler à votre compte, vous devez fournir l'adresse que vous avez désignée en tant qu'adresse professionnelle.

### **Assurance-responsabilité professionnelle**

Votre formulaire d'inscription de certificat de membre titulaire doit confirmer que vous avez une couverture d'assurance-responsabilité professionnelle d'au moins 2 000 000 \$ par demande de règlement et indiquer les renseignements suivants :

1. nom de l'assureur;
2. numéro de police d'assurance;
3. date d'expiration de la police.

Dans bien des cas, l'employeur offre une couverture d'assurance-responsabilité professionnelle. Si votre employeur n'offre pas cette couverture à ses employés, vous pouvez obtenir une assurance-responsabilité professionnelle auprès des compagnies suivantes :

WILLIS CANADA

145, rue King Ouest, bureau 1200

Toronto (Ontario) M5H 1J8

Tél. : 416-869-1320 ou numéro sans frais : 1-800-268-8532

Télec. : 416-869-1649

Vous pouvez aussi obtenir une assurance-responsabilité professionnelle par l'entremise de votre association professionnelle provinciale ou nationale. Pour vérifier les primes, veuillez communiquer avec l'association:

Association canadienne des orthophonistes et audiologistes  
(ACOA)  
1, rue Nicholas, bureau 1000  
Ottawa ON K1N 7B7  
Tél. : 613-567-9968 ou 1-800-259-8519  
Télé. : 613-567-2859  
Courriel : [caslpa@caslpa.ca](mailto:caslpa@caslpa.ca)  
Site Web : [www.caslpa.ca](http://www.caslpa.ca)

Ontario Association of Speech-Language Pathologists  
and Audiologists (OSLA)  
410, rue Jarvis  
Toronto ON M4Y 2G6  
Tél. : 416-920-3676 ou 1-800-718-6752  
Télé. : 416-920-6214  
Courriel : [mail@osla.on.ca](mailto:mail@osla.on.ca)  
Site Web : [www.osla.on.ca](http://www.osla.on.ca)

**Vous êtes responsable de faire votre propre recherche et de choisir la compagnie d'assurance qui répond le mieux à vos besoins.**

## FRAIS

### Frais de demande

Les frais de demande doivent être acquittés au moment de la demande. Les frais de demande sont de **100 \$**.

Les frais de demande doivent être payés par chèque ou mandat, séparément des frais d'inscription du certificat et de la cotisation annuelle calculée au prorata.

### Frais d'inscription du certificat et cotisation annuelle

Pour compléter votre inscription, vous devez verser les frais suivants :

1. frais d'inscription de **200 \$**;
2. cotisation annuelle calculée au prorata.

Si vous avez déjà trouvé un emploi au moment de faire votre demande, vous devez payer les frais d'inscription et la cotisation annuelle calculée au prorata.

L'année d'inscription de l'OAOO débute le 1<sup>er</sup> octobre et se termine le 30 septembre. L'année de votre première demande, votre cotisation annuelle est calculée au prorata en fonction de la date à laquelle nous vous remettons votre certificat et du 30 septembre. La cotisation annuelle calculée au prorata est comme suit :

| Date de remise du certificat d'inscription | Cotisation annuelle de membre titulaire |
|--|---|
| 16 septembre au 15 octobre                 | 600 \$                                  |
| 16 octobre au 15 novembre                  | 50 \$ x 11 mois = 550 \$                |
| 16 novembre au 15 décembre                 | 50 \$ x 10 mois = 500 \$                |
| 16 décembre au 15 janvier                  | 50 \$ x 9 mois = 450 \$                 |
| 16 janvier au 15 février                   | 50 \$ x 8 mois = 400 \$                 |
| 16 février au 15 mars                      | 50 \$ x 7 mois = 350 \$                 |
| 16 mars au 15 avril                        | 50 \$ x 6 mois = 300 \$                 |
| 16 avril au 15 mai                         | 50 \$ x 5 mois = 250 \$                 |
| 16 mai au 15 juin                          | 50 \$ x 4 mois = 200 \$                 |
| 16 juin au 15                              | 50 \$ x 3 mois = 150 \$                 |
| 16 juillet au 15 août                      | 50 \$ x 2 mois = 100 \$                 |
| 16 août au 15 septembre                    | 50 \$ x 1 mois = 50 \$                  |

*Veillez noter que le versement des frais applicables ne confirme pas nécessairement votre admissibilité à l'inscription.*



Si vous n'avez pas encore trouvé d'emploi, attendez d'avoir accepté un emploi avant de nous envoyer votre formulaire d'inscription du certificat, vos frais d'inscription et votre cotisation annuelle calculée au prorata.

### **Mode de paiement**

Vous pouvez payer les frais applicables par :

1. carte de crédit Visa;
2. carte de crédit MasterCard;
3. chèque;
4. mandat.

Si vous payez par chèque ou mandat (dollars CAN seulement), veuillez l'établir à l'ordre de l'**OAOO**. Veuillez nous donner au moins un mois pour encaisser vos chèques après l'attribution de votre certificat d'inscription. Ne présumez pas que votre chèque a été encaissé avant la fin de cette période.

Des frais administratifs supplémentaires de **50 \$** sont imposés pour les chèques sans provision et les paiements par carte de crédit refusés.

## **PROCESSUS D'EXAMEN DES DEMANDES**

La directrice des Services d'inscription de l'Ordre et l'adjointe du programme s'occupent de toutes les demandes de renseignements au sujet du processus d'inscription. Les demandes reçues sont étudiées pour déterminer si le postulant répond aux critères d'inscription. L'Ordre ne fait pas d'évaluation informelle des titres et diplômes des postulants.

Sur réception d'une demande, l'Ordre avise le postulant de tout document qui manque dans sa demande.

L'Ordre commence l'examen de la demande seulement après avoir reçu tous les documents requis. S'il manque des documents, le processus est retardé.

L'étude du dossier nécessite habituellement trois semaines lorsqu'il n'est pas nécessaire de le faire évaluer par le Comité d'inscription. La durée du processus peut varier pour plusieurs raisons.

Lorsque le postulant ne répond pas à tous les critères de l'inscription, un sous-comité du Comité d'inscription de l'Ordre doit étudier le dossier. Le processus d'examen de la demande nécessite alors entre quatre et six mois environ.

En principe, le Comité d'inscription se réunit au moins une fois par trimestre. Des réunions supplémentaires peuvent être organisées au besoin.

Pour vérifier le statut de votre demande, veuillez communiquer avec l'adjointe du programme au 416-975-5347, poste 213, au 1-800-993-9459, poste 213, ou par courriel à [cprashad@caslpo.com](mailto:cprashad@caslpo.com).

## **EXAMEN DU DOSSIER PAR LE COMITÉ D'INSCRIPTION**

Une demande d'inscription peut être renvoyée au Comité d'inscription de l'Ordre pour examen si le registraire de l'Ordre :

- a) a des doutes, en se fondant sur des motifs raisonnables, sur la mesure dans laquelle le postulant satisfait aux critères d'inscription;
- b) est d'avis que le certificat d'inscription du postulant devrait être assorti de conditions ou de restrictions, et que ce dernier s'y oppose;
- c) se propose de refuser la demande.

Lorsque le registrateur renvoie une demande au Comité d'inscription, il avise le postulant des motifs légaux du renvoi et du droit qu'a ce dernier de présenter des observations par écrit.

Le postulant peut présenter des observations par écrit au sous-comité dans les trente jours suivant la réception de l'avis prévu au paragraphe 15 (3) de la *Loi sur les professions de la santé réglementées* (LPSR) ou dans tout autre délai plus long que peut fixer le registrateur dans l'avis.

Un sous-comité du Comité d'inscription examinera la demande à sa prochaine réunion prévue après avoir reçu les observations du postulant, le cas échéant.

Après examen de la demande et des observations, le sous-comité peut, par ordonnance :

1. enjoindre au registrateur de délivrer un certificat d'inscription;
2. enjoindre au registrateur de délivrer un certificat d'inscription si le postulant réussit aux examens établis ou approuvés par le sous-comité;
3. enjoindre au registrateur de délivrer un certificat d'inscription si le postulant réussit aux cours de formation supplémentaires indiqués par le sous-comité;
4. enjoindre au registrateur d'assortir le certificat d'inscription du postulant des conditions et des restrictions précisées et d'indiquer les restrictions s'appliquant au droit qu'a le postulant de présenter une demande en vertu du paragraphe 19 (1) de la LPSR;
5. enjoindre au registrateur de refuser de délivrer un certificat d'inscription.

Si des renseignements dans les observations présentées par le postulant ne sont pas clairs, le sous-comité peut demander des clarifications avant de prendre sa décision.

Le sous-comité du Comité d'inscription de l'Ordre fait part de sa décision ou de son ordonnance au postulant dans les trois semaines de la date de la réunion.

Pour toute question au sujet de la décision ou de l'ordonnance rendue par le sous-comité, vous pouvez communiquer avec la directrice des Services d'inscription.

Si le postulant désire présenter des renseignements supplémentaires après qu'une décision a été prise, la demande peut être présentée de nouveau à l'étude du Comité d'inscription. Le dossier sera normalement étudié à la prochaine réunion prévue du Comité.

## **FAIRE APPEL DE LA DÉCISION**

Tout postulant qui reçoit une ordonnance du sous-comité du Comité d'inscription de l'Ordre l'avisant du refus de sa demande d'inscription ou l'avisant de restrictions ou de conditions imposées à son certificat peut demander à la Commission d'appel et de révision des professions de la santé qu'elle réexamine sa demande ou qu'elle tienne une audience relativement à sa demande.

Voici les coordonnées de la Commission d'appel et de révision des professions de la santé :

Commission d'appel et de révision des professions de la santé  
151, rue Bloor Ouest, 9<sup>e</sup> étage  
Toronto ON M5S 2T5  
Tél. : 416-327-8512 Téléc. : 416-327-8524

À la suite de l'audience ou du réexamen, la Commission rend une ordonnance dans l'un ou l'autre, ou plusieurs, des buts suivants :

1. Confirmer l'ordonnance rendue par le sous-comité.
2. Exiger du Comité d'inscription qu'il rende une ordonnance enjoignant au registrateur de délivrer un certificat d'inscription au postulant si ce dernier réussit les examens ou suit la formation établis par le Comité d'inscription.
3. Exiger du Comité d'inscription qu'il rende une ordonnance enjoignant au registrateur de délivrer un certificat d'inscription au postulant et de l'assortir des conditions et des restrictions qu'elle estime appropriées.
4. Renvoyer la question au Comité d'inscription pour qu'un sous-comité l'examine de nouveau, en y joignant les raisons et les recommandations qu'elle estime appropriées.

|                            |
|----------------------------|
| <b>REMARQUE IMPORTANTE</b> |
|----------------------------|

Tout document original remis à l'Ordre pendant le processus d'inscription fait partie du registre et du dossier papier de l'Ordre. L'Ordre ne retourne **aucun** document original que la demande d'inscription soit acceptée ou refusée.

Cependant, conformément à l'annexe 2 de la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées*, l'OAOO fournira au postulant, sur demande, une photocopie des documents de sa demande. Le postulant doit verser les frais administratifs suivants avec sa demande écrite de photocopie :

- 50 \$ par demande incluant les 25 premières pages, puis 1 \$ par page supplémentaire.

## APPENDIX - APPLICATION TIMELINE

Application is received and assessed for completeness.  
Applicant is notified of receipt of application and outstanding documents are identified.  
(Timeline: 1 week from the date that the application is received)



All of the required documents have been received.  
Applicant notified that application is complete and that the application review process has begun.  
(Timeline: 1 week from the date that all of the required documents have been received by the College.)



No deficiency

Application is accepted  
Applicant notified of the approval of application and requirements to complete registration process.  
(Timeline: 3 weeks from the date that the applicant is notified that the application file is complete.)



Deficiencies identified

Application is not accepted  
Applicant notified that application requires further consideration by the College.  
(Timeline: 3 weeks from the date that the applicant is notified that the application file is complete.)



Completed Registration Form received  
Remaining fees paid.  
Certificate of registration issued.  
(Timeline: 1 week from receipt of completed registration form.)



Review of applicant's curriculum  
Identification of deficiencies completed.  
Applicant provided with a Notice of Referral to the Registration Committee.  
(Timeline: 8 to 10 weeks after notification that application requires further consideration.)



College receives a written submission from the applicant in response to Notice of Referral to the Registration Committee  
(Timeline: 30 days from the applicant's receipt of the Notice.)



Application is reviewed by the Registration Committee at the next available Committee meeting.  
(Timeline: Varies. The Committee meets quarterly.)



Registration Committee's decision is written and mailed to the applicant  
(Timeline: 3 weeks from the date of the Registration Committee meeting or 5 weeks if a decision requires translation.)



## Ordre des audiologistes et des orthophonistes de l'Ontario

3080, rue Yonge, bureau 5060, C.P. 71, Toronto ON M4N 3N1  
Tél. : 416-975-5347 1-800-993-9459 ● Téléc. : 416-975-8394

### DEMANDE DE CERTIFICAT DE MEMBRE TITULAIRE - DIPLÔMÉS CANADIENS

| RENSEIGNEMENTS PERSONNELS :         |   | À L'USAGE DU BUREAU   |
|-------------------------------------|---|---|
| Prénom                              | Second prénom ou initiales                                    |   |
| Nom de famille                      | Nom de jeune fille  |   |
| Adresse                             |   |   |
| Ville                               | Province  |   |
| Code postal                         | Pays  |   |
| Téléphone                           |   |   |
| Courriel                            |   |   |
| Date de naissance (mois-jour-année) | <input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/> Homme | Avez-vous déjà été inscrit ou fait une demande de numéro d'inscription auprès de l'Ordre des audiologistes et des orthophonistes de l'Ontario?<br><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |

|                     |  |                                       |
|---------------------|--|---------------------------------------|
| <b>PROFESSION :</b> | <input type="checkbox"/> Orthophoniste | <input type="checkbox"/> Audiologiste |
|---------------------|--|---------------------------------------|

|  |                              |                              |
|--|------------------------------|------------------------------|
| <b>CITOYENNETÉ :</b>   |                              |                              |
| Êtes-vous citoyen canadien?  | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Si vous n'êtes pas citoyen canadien, êtes-vous un résident permanent ou un immigrant reçu du Canada?                   | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Dans la négative, détenez-vous une autorisation d'emploi en vertu de la <i>Loi sur l'immigration</i> ?                 | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| <b><i>Vous devez fournir, avec votre demande, la documentation permettant de vérifier votre statut de citoyen.</i></b> |                              |                              |

|  |  |                                 |
|--|--|---------------------------------|
| <b>COMPÉTENCE LINGUISTIQUE :</b>   |  |                                 |
| Langue maternelle :  | <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Français | Autre (veuillez préciser) _____ |
| J'ai reçu ma formation en orthophonie/audiologie en :  | <input type="checkbox"/> anglais <input type="checkbox"/> français | Autre (veuillez préciser) _____ |
| Je vais offrir mes services professionnels en  | <input type="checkbox"/> anglais <input type="checkbox"/> français |                                 |
| Si vous allez offrir vos services dans d'autres langues, veuillez préciser   | _____  |                                 |
| Langue dans laquelle je préfère recevoir la documentation de l'Ordre   | <input type="checkbox"/> anglais <input type="checkbox"/> français |                                 |
| <b><i>Si votre langue maternelle n'est ni le français ni l'anglais et si vous avez fait la totalité de vos études universitaires dans une autre langue, vous devez fournir une preuve de maîtrise du français ou de l'anglais.</i></b> |  |                                 |

|                                    |                      |
|------------------------------------|----------------------|
| <b>RÉSERVÉ À L'USAGE DU BUREAU</b> |                      |
| Approuvé :                         | Date d'approbation : |

## DEMANDE DE CERTIFICAT DE MEMBRE TITULAIRE - DIPLÔMÉS CANADIENS

| <b>ÉTUDES :</b> |                           |               |       |
|-----------------|---------------------------|---------------|-------|
| GRADE/DIPLÔME   | DOMAINE DE SPÉCIALISATION | ÉTABLISSEMENT | ANNÉE |
|                 |                           |               |       |
|                 |                           |               |       |
|                 |                           |               |       |
|                 |                           |               |       |
|                 |                           |               |       |
|                 |                           |               |       |

| <b>INSCRIPTION/AUTORISATION D'EXERCER :</b>  |                    |                                    |                   |
|--|--------------------|------------------------------------|-------------------|
| Êtes-vous ou avez-vous déjà été autorisé à exercer la profession<br>d'audiologiste ou d'orthophoniste dans d'autres provinces/États/pays? <span style="float: right;"> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non         </span> |                    |                                    |                   |
| ORGANISME DE RÉGLEMENTATION  | PROVINCE/ÉTAT/PAYS | N° D'INSCRIPTION OU D'AUTORISATION | DATE D'EXPIRATION |
|  |                    |                                    |                   |
|  |                    |                                    |                   |
|  |                    |                                    |                   |

***Veillez prendre les arrangements pour que les organismes de réglementation nous envoient directement la confirmation de votre inscription/autorisation d'exercer.***

| <b>SOINS AUX PATIENTS OU TRAVAIL CONNEXE :</b>   |
|--|
| <p><b>Cochez la case qui s'applique à vous ci-dessous [à noter qu'un an d'emploi à temps plein (37,5 h /sem.) = 1 950 heures].</b></p> <p><input type="checkbox"/> J'ai accumulé au moins 750 heures de soins aux patients/clients ou de travail connexe en orthophonie au cours des trois dernières années.</p> <p><input type="checkbox"/> J'ai accumulé au moins 750 heures de soins aux patients/clients ou de travail connexe en audiologie au cours des trois dernières années.</p> <p><input type="checkbox"/> Je ne réponds à AUCUN des critères ci-dessus. <i>Veillez expliquer</i> _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> |

## DEMANDE DE CERTIFICAT DE MEMBRE TITULAIRE - DIPLÔMÉS CANADIENS

| <b>EXPÉRIENCE PROFESSIONNELLE :</b> |   |
|-------------------------------------|---|
| Employeur:                          | Période d'emploi:<br>De: _____   À: _____ |
| Poste occupé:                       |   |
| Adresse:                            |   |
|                                     |   |
| Employeur:                          | Période d'emploi:<br>De: _____   À: _____ |
| Poste occupé:                       |   |
| Adresse:                            |   |
|                                     |   |
| Employeur:                          | Période d'emploi:<br>De: _____   A: _____ |
| Poste occupé:                       |   |
| Adresse:                            |   |
|                                     |   |

***Vous devez remplir et présenter le formulaire D ou une lettre de références de votre employeur antérieur ou le plus récent comme preuve de pratique professionnelle satisfaisante dans une autre province, un autre État ou pays.***

| <b>CONDUITE ANTÉRIEURE :</b>   |   |
|--|---|
| <b>Les membres de l'OAOO sont tenus de lui fournir les détails au sujet de toute infraction, décision et poursuite dont ils font l'objet.</b>  |   |
| 1. Avez-vous déjà été reconnu coupable d'une infraction criminelle en Ontario ou dans un autre territoire canadien ou étranger?  | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| 2. Avez-vous déjà été reconnu coupable de faute professionnelle, d'incompétence, d'incapacité ou de chose semblable en Ontario liée à l'exercice d'une autre profession de la santé, ou liée à l'exercice de la profession d'audiologiste ou d'orthophoniste ou d'une autre profession de la santé dans un autre territoire canadien ou étranger?                  | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| 3. Faites-vous présentement l'objet d'une audience pour faute professionnelle, incompétence, aptitude professionnelle ou incapacité en Ontario liée à l'exercice d'une autre profession de la santé, ou liée à l'exercice de la profession d'audiologiste ou d'orthophoniste ou d'une autre profession de la santé dans un autre territoire canadien ou étranger?  | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| 4. L'inscription, l'autorisation d'exercer ou un autre statut similaire vous a-t-il déjà été refusé par un organisme de réglementation d'une autre profession de la santé en Ontario ou par un organisme de réglementation de la profession d'audiologiste ou d'orthophoniste ou d'une autre profession de la santé dans un autre territoire canadien ou étranger? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| 5. Votre inscription, autorisation d'exercer ou autre statut similaire en Ontario lié à l'exercice d'une autre profession de la santé, ou lié à l'exercice de la profession d'audiologiste ou d'orthophoniste ou d'une autre profession de la santé dans un autre territoire canadien ou étranger a-t-il déjà été révoqué ou suspendu?                             | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| <b>Si vous avez répondu « Oui » à l'une de ces questions, veuillez fournir les détails sur une feuille séparée.</b>  |   |

## DEMANDE DE CERTIFICAT DE MEMBRE TITULAIRE - DIPLÔMÉS CANADIENS

### FRAIS :

Vous pouvez payer les frais de demande par chèque, mandat ou carte de crédit. Si vous choisissez de payer par chèque ou mandat, veuillez l'établir à l'ordre de l'OAOO. Si vous désirez payer par carte de crédit, veuillez fournir les renseignements ci-dessous.

**Veillez noter que les chèques sans provision et les paiements par carte de crédit refusés entraînent des frais supplémentaires de 50 \$.**

Chèque/mandat       Visa       MasterCard      Numéro de carte \_\_\_\_\_

Date d'expiration de la carte \_\_\_\_\_      Nom figurant sur la carte (EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE) \_\_\_\_\_

Montant autorisé : 100 \$      Signature : \_\_\_\_\_

### DÉCLARATION :

1. J'autorise, par la présente, l'Ordre des audiologistes et des orthophonistes de l'Ontario à obtenir des renseignements d'autres organismes de réglementation, associations professionnelles, établissements d'enseignement, employeurs actuels et passés pour les besoins liés à mon inscription et à mes qualifications.
2. Je déclare, par la présente, que tous les renseignements contenus dans cette demande sont complets et exacts.
3. Je m'engage à ne pas exercer sans une couverture d'assurance-responsabilité professionnelle d'au moins 2 000 000 \$ par demande de règlement.
4. Je reconnais que je dois détenir un certificat d'inscription valide de l'OAOO pour exercer la profession d'audiologiste ou d'orthophoniste en Ontario. Je reconnais également que je ne peux pas utiliser les titres « audiologiste », « orthophoniste » ou « logopède » à moins de détenir le certificat d'inscription correspondant.
5. Je reconnais qu'il m'incombe d'informer immédiatement l'OAOO par courrier, télécopieur ou courriel de tout changement de nom, d'adresse postale, de numéro de téléphone pour me joindre ou d'adresse de courriel.
6. Je m'engage à informer l'OAOO immédiatement par écrit (i) si je suis trouvé coupable d'une infraction quelconque en Ontario ou dans tout autre territoire; (ii) si une décision est rendue à mon endroit ou une audience est introduite contre moi pour faute professionnelle, incompétence, aptitude professionnelle ou incapacité liée à l'exercice de la profession d'audiologiste ou d'orthophoniste ou d'une autre profession de la santé en Ontario ou dans un autre territoire; (iii) si l'inscription, l'autorisation d'exercer ou un autre statut similaire m'est refusé par un organisme de réglementation d'une autre profession de la santé en Ontario ou par un organisme de réglementation de la profession d'audiologiste ou d'orthophoniste ou d'une autre profession de la santé dans un autre territoire canadien ou étranger; ou (iv) si mon inscription, autorisation d'exercer ou autre statut similaire en Ontario lié à l'exercice d'une autre profession de la santé, ou lié à l'exercice de la profession d'audiologiste ou d'orthophoniste ou d'une autre profession de la santé dans un autre territoire canadien ou étranger est révoqué ou suspendu.
7. Je comprends que toute déclaration fautive et trompeuse sera considérée comme un acte de faute professionnelle et pourrait entraîner des mesures disciplinaires et d'autres poursuites.

Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_



## DEMANDE DE CERTIFICAT DE MEMBRE TITULAIRE - DIPLÔMÉS CANADIENS

### AVANT DE POSTER VOTRE DEMANDE :

Veillez vous assurer d'inclure tous les documents et les frais suivants qui sont pertinents à votre inscription.

**Les diplômés de programmes canadiens agréés ayant au moins deux années d'expérience professionnelle doivent présenter les documents suivants :**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Une demande de certificat remplie, signée et datée.  | <input type="checkbox"/> Formulaire B ci-joint du résumé des heures de stage clinique supervisé (signé et confirmé par votre université). Votre directeur de programme d'audiologie ou d'orthophonie (ou son remplaçant désigné) doit remplir ce formulaire qui indique en détail les heures de stage clinique supervisé que vous avez effectuées dans le cadre de votre programme d'études. Nous n'acceptons pas les photocopies. Tous les documents doivent être les originaux et doivent être envoyés directement de l'université. |
| <input type="checkbox"/> Des frais de demande de 100 \$.  |   |
| <input type="checkbox"/> Relevés de notes officiels des programmes d'études de premier et deuxième cycles envoyés <u>directement</u> par vos universités ou présentés dans une enveloppe scellée de l'université. |   |
| <input type="checkbox"/> Les documents confirmant que vous avez la citoyenneté canadienne, le statut d'immigrant reçu ou une autorisation d'emploi en vertu de la <i>Loi sur l'immigration</i> .                  | <input type="checkbox"/> Formulaire C ci-joint pour confirmer l'inscription/autorisation d'exercer ou une lettre qui confirme votre inscription/autorisation d'exercer dans un autre territoire (le cas échéant).   |
|   | <input type="checkbox"/> Formulaire D ci-joint (demande de références) rempli par votre employeur le plus récent ou lettre de référence d'un collègue orthophoniste ou audiologiste.  |

### Sur demande de l'OAOO après l'examen de votre dossier de demande :

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Une demande d'inscription du certificat de membre titulaire remplie, signée et datée. | <input type="checkbox"/> Cotisation annuelle calculée au prorata (pour connaître le montant, voir la section des frais dans le guide). |
| <input type="checkbox"/> Des frais d'inscription de 200 \$.  |  |



## FORMULAIRE B: RÉSUMÉ DES HEURES DE STAGE CLINIQUE [POUR LES POSTULANTS EN ORTHOPHONIE]

|   | ÉVALUATION/<br>IDENTIFICATION |         | TRAITEMENT/<br>PRISE EN CHARGE |         | PRATIQUE<br>SIMULÉE   | CONFÉRENCES<br>/ÉTUDES DE<br>CAS AVEC LE<br>SUPERVISEUR<br>CLINIQUE |
|---|-------------------------------|---------|--------------------------------|---------|-----------------------|---|
|   | ENFANTS                       | ADULTES | ENFANTS                        | ADULTES | MAXIMUM DE 30 HEURES* |   |
| <b>ORTHOPHONIE – MINIMUM DE 225 HEURES DE CONTACT DIRECT AVEC LES CLIENTS</b> |                               |         |                                |         |                       |   |
| Troubles de développement du langage  |                               |         |                                |         |                       |   |
| Troubles acquis du langage  |                               |         |                                |         |                       |   |
| Troubles phonologiques/<br>d'articulation                                     |                               |         |                                |         |                       |   |
| Troubles de la voix/de la<br>résonance  |                               |         |                                |         |                       |   |
| Troubles de fluidité  |                               |         |                                |         |                       |   |
| Dysphagie   |                               |         |                                |         |                       |   |
| Troubles moteurs de la<br>parole  |                               |         |                                |         |                       |   |
| Troubles connexes<br>(précisez)   |                               |         |                                |         |                       |   |
| <b>TOTAL D'HEURES -<br/>ORTHOPHONIE</b>                                       |                               |         |                                |         |                       |   |
| <b>AUDIOLOGIE – MINIMUM DE 20 HEURES DE CONTACT DIRECT AVEC LES CLIENTS</b>   |                               |         |                                |         |                       |   |
| Rééducation auditive  |                               |         |                                |         |                       |   |
| Examens audiométriques  |                               |         |                                |         |                       |   |
| <b>TOTAL D'HEURES -<br/>AUDIOLOGIE</b>  |                               |         |                                |         |                       |   |

|                    |  |                       |
|--------------------|--|-----------------------|
| <b>GRAND TOTAL</b> | <b>ORTHOPHONIE</b> _____ <b>+</b> <b>AUDIOLOGIE</b> _____ <b>=</b> _____ | <b>MINIMUM DE 300</b> |
|--------------------|--|-----------------------|

|   |
|---|
| Nom du postulant (en caractères d'imprimerie)   |
| Je confirme que le stage ci-dessus a été effectué à _____<br><div style="text-align: right; margin-right: 100px;">nom de l'université)</div>  |
| <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <span>_____</span> <span>_____</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> <span>(Signature du directeur du programme)</span> <span>(Date)</span> </div> |

**N.B. :** \*Sur les 300 heures exigées, vous ne pouvez compter que 30 heures dans la catégorie de la pratique simulée et des conférences/études de cas avec le superviseur clinique. Au lieu du formulaire ci-dessus, les diplômés peuvent soumettre le formulaire des heures de pratique clinique de l'Association canadienne des orthophonistes et audiologistes.



## FORMULAIRE B : RÉSUMÉ DES HEURES DE STAGE CLINIQUE [POUR LES POSTULANTS EN AUDIOLOGIE]

|  | ÉVALUATION/<br>IDENTIFICATION |         | TRAITEMENT/<br>PRISE EN CHARGE |         | PRATIQUE<br>SIMULÉE   | CONFÉRENCES<br>/ÉTUDES DE<br>CAS AVEC LE<br>SUPERVISEUR<br>CLINIQUE |
|--|-------------------------------|---------|--------------------------------|---------|-----------------------|---|
|  | ENFANTS                       | ADULTES | ENFANTS                        | ADULTES | MAXIMUM DE 30 HEURES* |   |
| <b>AUDIOLOGIE – MINIMUM DE 225 HEURES DE CONTACT DIRECT AVEC LES CLIENTS</b>                       |                               |         |                                |         |                       |   |
| Mesures audiométriques de base   |                               |         |                                |         |                       |   |
| Mesures électrophysiologiques  |                               |         |                                |         |                       |   |
| Autres mesures diagnostiques particulières   |                               |         |                                |         |                       |   |
| Amplification  |                               |         |                                |         |                       |   |
| Éducation et rééducation auditives   |                               |         |                                |         |                       |   |
| Autres (précisez)  |                               |         |                                |         |                       |   |
| <b>TOTAL D'HEURES -<br/>AUDIOLOGIE</b>   |                               |         |                                |         |                       |   |
| <b>ORTHOPHONIE – MINIMUM DE 20 HEURES DE CONTACT DIRECT AVEC LES CLIENTS</b>                       |                               |         |                                |         |                       |   |
| Évaluation et prise en charge de troubles de la parole et du langage non liés à une perte auditive |                               |         |                                |         |                       |   |
| <b>TOTAL D'HEURES - ORTHOPHONIE</b>  |                               |         |                                |         |                       |   |

|                    |  |                       |
|--------------------|--|-----------------------|
| <b>GRAND TOTAL</b> | AUDIOLOGIE _____ + ORTHOPHONIE _____ = _____ | <b>MINIMUM DE 300</b> |
|--------------------|--|-----------------------|

Nom du postulant (en caractères d'imprimerie)

---

Je confirme que le stage ci-dessus a été effectué à \_\_\_\_\_  
nom de l'université)

---

(Signature du directeur du programme)
(Date)

**N.B.:** \* Sur les 300 heures exigées, vous ne pouvez compter que 30 heures dans la catégorie de la pratique simulée et des conférences/études de cas avec le superviseur clinique.  
 Au lieu du formulaire ci-dessus, les diplômés peuvent soumettre le formulaire des heures de pratique clinique de l'Association canadienne des orthophonistes et audiologistes.

[Type text]



## FORMULAIRE C : VÉRIFICATION DE L'INSCRIPTION/AUTORISATION D'EXERCER

|  |      |  |   |                    |       |
|--|------|--|---|--------------------|-------|
| <b>SECTION A :</b> À remplir par le postulant. Envoyez ensuite à l'organisme de réglementation approprié.  |      |  |   |                    |       |
| Nom de famille   |      | Prénom   |   | Nom de jeune fille |       |
| Date de naissance  |      | J'ai obtenu mon inscription, certification ou autorisation d'exercer de votre organisme en : |   | Numéro attribué :  |       |
|  |      |  |   |                    |       |
| Jour   | Mois | Année  | Mois  | Année              |       |
| Diplômé de (nom de l'établissement) :  |      | Situé à :  |   | Date :             |       |
|  |      |  |   |                    |       |
|  |      | Ville  | Pays  | Mois               | Année |
| Adresse actuelle :   |      |  |   |                    |       |
| Signature du postulant :   |      |  |   | Date               |       |
| <b>SECTION B :</b> À remplir par l'organisme de réglementation et à envoyer ensuite à l'Ordre des audiologistes et des orthophonistes de l'Ontario, 3080, rue Yonge, bureau 5060, C.P. 71, Toronto, ON M4N 3N1.  |      |  |   |                    |       |
| <b>La personne dont le nom paraît ci-dessus a fait une demande d'inscription pour exercer la profession en Ontario. Nous avons besoin des renseignements indiqués dans ce formulaire avant d'examiner sa demande.</b>  |      |  |   |                    |       |
| Classe, titre ou catégorie d'inscription ou d'autorisation d'exercer du postulant :  |      |  |   |                    |       |
| Profession : <input type="radio"/> Audiologiste <input type="radio"/> Orthophoniste  |      |  | Numéro d'inscription/autorisation d'exercer : |                    |       |
| Date originale de délivrance de l'inscription/autorisation :   |      |  | Date d'expiration :                           |                    |       |
| Inscription/Autorisation d'exercer : <input type="radio"/> active <input type="radio"/> inactive <input type="radio"/> temporaire <input type="radio"/> autre (expliquez)  |      |  |   |                    |       |
| Conditions ou restrictions imposées? <span style="float: right;"><input type="radio"/> Oui   <input type="radio"/> Non</span><br><i>Si oui, veuillez nous fournir toute documentation appropriée au sujet des conditions ou des restrictions imposées au certificat.</i> |      |  |   |                    |       |
| L'inscription, la certification ou l'autorisation d'exercer de cette personne a-t-elle déjà été suspendue ou révoquée? <span style="float: right;"><input type="radio"/> Oui   <input type="radio"/> Non</span><br><i>Si oui, veuillez indiquer les raisons.</i>         |      |  |   |                    |       |
| Cette personne a-t-elle déjà fait l'objet de sanctions disciplinaires? <span style="float: right;"><input type="radio"/> Oui   <input type="radio"/> Non</span><br><i>Si oui, veuillez nous fournir toute documentation appropriée relative aux sanctions imposées.</i>  |      |  |   |                    |       |
| (SCEAU)  |      | Signature du registraire/remplaçant :  |   |                    |       |
|  |      | Date :   |   |                    |       |
|  |      | Téléphone :  |   |                    |       |
|  |      | Nom de l'organisme de réglementation/d'autorisation :  |   |                    |       |
|  |      | Province/État/Pays :   |   |                    |       |



## FORMULAIRE D : DEMANDE DE RÉFÉRENCES

Nom du postulant : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

La personne ci-dessus a fait une demande d'inscription à titre d'orthophoniste ou d'audiologiste en Ontario. Nous vous serions reconnaissants de remplir ce formulaire en son nom et de nous l'envoyer directement à notre adresse de bureau. Ces renseignements serviront à déterminer si la personne répond aux critères d'inscription en Ontario. Nous vous remercions à l'avance de nous fournir les détails relatifs à la pratique professionnelle de cette personne. Les renseignements obtenus pourraient être partagés avec le postulant et avec la Commission des professions de la santé, au besoin.

Dates d'emploi :                      De :    À :

Poste occupé: \_\_\_\_\_

Lieu d'emploi: \_\_\_\_\_

Responsabilités: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

À ma connaissance, la personne dont le nom paraît ci-dessus :

- A. a complété avec succès au moins deux ans de pratique professionnelle dans notre province/territoire/État/pays et a accumulé au moins 750 heures, à titre d'audiologiste ou d'orthophoniste, dans les trois années précédant immédiatement la date de la présente demande; **OU**
- B. a exercé à titre d'audiologiste ou d'orthophoniste dans la mesure où un certificat d'inscription de membre titulaire le permettrait en tout temps dans les trois années précédant immédiatement la date de la présente demande.

Nom (en caractères d'imprimerie) \_\_\_\_\_ Titre \_\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_

Nom de l'organisme employeur \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_



## Ordre des audiologistes et des orthophonistes de l'Ontario

3080, rue Yonge, bureau 5060, C.P. 71, Toronto, Ontario M4N 3N1  
Tél. : 416-975-5347 1-800-993-9459 ● Téléc. : 416-975-8394

### FORMULAIRE D'INSCRIPTION DU CERTIFICAT DE MEMBRE TITULAIRE

**Avant de vous attribuer un numéro d'inscription, nous devons recevoir ce formulaire d'inscription du certificat.**

- Indiquez tous les renseignements demandés (écrire lisiblement en caractères d'imprimerie). Les formulaires incomplets retarderont le processus d'inscription.
- Annexez vos frais d'inscription de 200 \$ et votre cotisation annuelle calculée au prorata (pour connaître le montant, voir la section des frais dans le guide).

|  |                                    |
|--|------------------------------------|
| Nom du postulant:  | <i>RÉSERVÉ À L'USAGE DU BUREAU</i> |
| Date de début de l'emploi (mois-jour-année)  |                                    |
| Adresse postale préférée: <input type="checkbox"/> Adresse domiciliaire <input type="checkbox"/> Adresse professionnelle |                                    |

| ADRESSE PROFESSIONNELLE PRINCIPALE |  |               |  |
|------------------------------------|--|---------------|--|
| Organisation :                     |  |               |  |
| Service :                          |  |               |  |
| Rue :                              |  |               |  |
| Ville/Province :                   |  | Code postal : |  |
| Téléphone :                        |  |               |  |

| ASSURANCE-RESPONSABILITÉ PROFESSIONNELLE  |  |                         |  |
|---|--|-------------------------|--|
| J'ai une assurance-responsabilité professionnelle d'au moins 2 000 000 \$ par demande de règlement. |  |                         |  |
| Signature : _____   |  | Date : _____            |  |
| Nom de l'assureur :   |  |                         |  |
| N° de police d'assurance :  |  | Expiration (jj/mm/aa) : |  |

#### FRAIS

Vous pouvez payer les frais de demande par chèque, mandat ou carte de crédit. Si vous choisissez de payer par chèque ou mandat, veuillez l'établir à l'ordre de l'OAAO. Si vous désirez payer par carte de crédit, veuillez fournir les renseignements ci-dessous.

Chèque/mandat     
  Visa     
  MasterCard     
 Numéro de carte \_\_\_\_\_  
 Date d'expiration de la carte \_\_\_\_\_     
 Nom sur la carte (EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE) \_\_\_\_\_  
 Montant autorisé : \_\_\_\_\_     
 Signature: \_\_\_\_\_