

Liste de contrôle pour l'inscription Nouveaux diplômés d'un diplôme canadien

(candidats qui n'étaient pas déjà inscrits dans une autre province ou territoire canadien)

Envoyez vos questions à info@cptnb.ca.

Nom en caractères d'imprimerie : _____

Vous devez joindre la présente liste de contrôle à votre demande

1. **Le formulaire** doit être :
 - Rempli (y compris tous les renseignements personnels et professionnels)
 - Signé et daté
 - Envoyé par courriel au Collège à info@cptnb.ca
2. **Envoyez deux paiements distincts des droits** :
 - Paiement pour les frais de demande d'inscription non remboursable
 - Paiement pour les droits d'exercice

Options de paiement :

1) chèques/mandats par courrier 2) virement interac à info@cptnb.ca

3. **Assurance responsabilité professionnelle** : (pour membre en exercice)
 - Copie du certificat d'assurance **ou**
 - Autre preuve d'assurance

4. **Éducation** :

- Une copie du diplôme de physiothérapie – **notariée par un avocat inscrit en exercice** **ou**

Pour les candidats qui vont obtenir leur diplôme, une preuve, délivrée par l'université, qu'ils ont satisfait à toutes les exigences en vue de l'obtention du diplôme. L'université doit envoyer cet avis directement au CPTNB par fax, courriel, ou courrier, en précisant la date de la collation des grades.

- Cet avis ou lettre a déjà été envoyé ou demandé.

NOTE: Les candidats doivent faire parvenir la copie du diplôme de physiothérapie notariée au CPTNB dans les 30 jours de la date de la collation des grades. Si la copie ne lui parvient pas dans les délais, le CPTNB suspendra la procédure d'inscription.

5. **Demande(s) complétée(s) pour le(s) sous-registre(s) du CPTNB**
 - Acupuncture/traitement aux aiguilles sèches
 - Exercice spécialisé
6. **Examen de compétence en physiothérapie (ECP)** :
 - Preuve de réussite de la composante écrite de l'ECP

Compétence alternative à l'entrée (diplômés d'un programme de physiothérapie au Québec seulement)

- Cochez cette case si vous êtes titulaire d'un diplôme délivré au Québec et inscrit au Québec
- Cochez cette case si vous êtes titulaire d'un diplôme délivré au Québec et n'êtes pas inscrit

7. **Réputation et intégrité** :

- Deux lettres signées attestant la moralité du candidat (ne provient pas des membres de la famille)

III Assurance responsabilité professionnelle (ARP) – Obligatoire pour être inscrit « en activité »

Précisez la police : BMS (CPA/ACP) Autre → Précisez le nom de l'assureur/la police : _____

IV Examen de compétence en physiothérapie – Rapportez toutes les cases applicables.

Cliquez sur la boîte de DATE pour le calendrier automatique

Composante écrite	Date (jj/mm/aaaa)	Composante clinique	Date (jj/mm/aaaa)
Réussite		Réussite	
1 ^{er} essai échoué		1 ^{er} essai échoué	
2 ^e essai échoué		2 ^e essai échoué	

V Heures d'exercice

Rapportez les heures d'exercice en physiothérapie de cette année jusqu'à présent : _____ / et les heures payées pendant les cinq dernières années*

ANNÉE	2023	2022	2021	2020	2019	TOTAL
HEURES						

*Si vous êtes un(e) récent(e) diplômé(e) (c.-à-d. en exercice à titre de pht depuis moins d'une année) Cochez s/o

VI Exercice et antécédents professionnels – Cinq dernières années

Est-ce que vous exercez actuellement la physiothérapie? Oui Non

SI NON, expliquez et répondez la question VII : _____
(p. ex., cessé d'exercer/déménagé au N.-B./récent diplômé/à la recherche d'un emploi/en congé, etc.)

SI OUI, donnez les détails ci-dessous dans la partie A et B :

VI A. Nom de l'employeur/établissement actuel			
Nom de l'employeur/établissement : _____		Poste occupé _____	
Date de début d'emploi	____/____/____	Date de fin d'emploi (ou à venir)	____/____/____
	<i>Jour Mois année</i>		<i>Jour Mois Année</i>
Adresse : _____			
Numéro et rue	Ville/Municipalité	Province/État	Code postal/Zip

Donnez TOUS les détails pour les autres emplois en physiothérapie des cinq dernières années, s'il y a lieu.

VI B. Nom de l'employeur/établissement précédent			
Nom de l'employeur/établissement : _____		Poste occupé _____	
Date de début d'emploi	____/____/____	Date de fin d'emploi (ou à venir)	____/____/____
	<i>Jour Mois année</i>		<i>Jour Mois Année</i>
Adresse : _____			
Numéro et rue	Ville/Municipalité	Province/État	Code postal/Zip

Si vous avez eu plus d'un employeur pendant les cinq dernières années, cochez ici et ajoutez des pages donnant les mêmes détails.

VII Exercice / Inscription en tant que physiothérapeute - Si aucun, passez à la question VIII

1. Donnez les renseignements au sujet de chaque organisme de réglementation auprès duquel vous avez été inscrit (e) à titre de pht pendant vos cinq dernières années d'exercice :

_____ Du : _____ Au : _____
Nom de l'organisme / Province / Territoire Dates d'inscription N° de permis

_____ Du : _____ Au : _____
Nom de l'organisme / Province / Territoire Dates d'inscription N° de permis

2. Faites-vous actuellement l'objet d'une enquête ou d'une procédure portant sur une conduite non professionnelle de la part d'un organisme responsable de la réglementation ou de l'attribution des permis des physiothérapeutes?

Oui Non

3. Pendant votre exercice de la physiothérapie, avez-vous fait l'objet de mesures disciplinaires par un organisme de réglementation Oui Non

VIII Exercice / Inscription dans une autre profession

Tous les demandeurs doivent répondre à la Q1

1. Avez-vous déjà été inscrit ou détenu un permis pour exercer une autre profession que la physiothérapie?

Oui Non

Si NON, passez à la prochaine section ■ Si OUI, vous devez répondre aux questions suivantes :

2. Faites-vous actuellement l'objet d'une enquête ou d'une procédure portant sur une conduite non professionnelle de la part d'un organisme responsable de la réglementation de cette profession? Oui Non

3. Pendant que vous exercez cette profession, avez-vous fait l'objet de mesures disciplinaires par un organisme de réglementation? Oui Non

4. Donnez les détails suivants pour chaque organisation professionnelle auprès de laquelle vous avez été inscrit ou dont vous avez détenu un permis pendant les cinq dernières années où vous avez exercé cette profession :

_____ du : _____ au : _____
Nom de l'organisme / Province / Territoire Dates d'inscription N° de permis

_____ du : _____ au : _____
Nom de l'organisme / Province / Territoire Dates d'inscription N° de permis

IX Emploi en physiothérapie au Nouveau-Brunswick

Remplissez cette section si vous savez que vous exercerez au N.-B. **TOUS LES DÉTAILS SONT NÉCESSAIRES.**

1. _____
Nom de l'établissement/employeur Adresse de l'établissement (rue, ville/municipalité, code postal)

506- _____ - _____ 506- _____ - _____
Téléphone Fax Jour / Mois / Année
Date prévue du début d'emploi

2. _____
Nom de l'établissement/employeur Adresse de l'établissement (rue, ville/municipalité, code postal)

506- _____ - _____ 506- _____ - _____
Téléphone Fax Jour / Mois / Année
Date prévue du début d'emploi

Si vous avez eu plus de deux employeurs, cochez ici et ajoutez des pages donnant les mêmes détails.

X bZfa Ujcb`XYgci glfY[jglfY

Si vous demandez pour être inscrit dans un sous-registre, cochez ci-dessous. Sinon, allez à **XI**.

- | | | |
|---|---|---|
| Acupuncture/
Traitement aux aiguilles sèches | → | Demande complémentaire ci-jointe
Demande complémentaire en attente |
| Exercice spécialisé | → | Demande complémentaire ci-jointe
Demande complémentaire en attente |

XI Déclaration

Par la présente, je (nom en lettres moulées) _____ :

- i. certifie que l'information donnée dans la demande d'inscription est véridique, exacte et complète pour autant que je sache; de plus je conviens d'aviser le CPTNB si des réponses changent entre ce moment et la date où mon inscription sera approuvée;
- ii. conviens de respecter les modalités de la *Loi sur la physiothérapie*, ainsi que les règlements et règles connexes;
- iii. de tenir à jour un portfolio professionnel;
- iv. reconnais être responsable de continuer à me conformer à la *Loi sur la physiothérapie* du N.-B., au règlement y afférent et aux règles, incluant la réussite d'un examen sur la jurisprudence;
- v. confirme que rien n'amoindrit ma capacité d'exercer;
- vi. confirme ne faire l'objet d'aucune mesure disciplinaire en instance ou dans le passé ni d'aucune limitation à mon droit d'exercer, sous le régime de toute province ou tout territoire où j'ai eu, à quelque moment que ce soit, l'autorisation d'exercer la physiothérapie;
- vii. déclare que j'ai et que je maintiendrai l'assurance responsabilité professionnelle individuelle requise pendant que j'exercerai la physiothérapie.

Signature _____

Nom de famille à la naissance (en lettres moulées) _____ Date _____

Tous les noms de famille antérieurs _____ / _____

**La demande complétée peut être au CPTNB par courrier, fax ou courriel.
Assurez-vous de joindre la liste de contrôle ainsi que le paiement à l'inscription.**

POUR L'USAGE DU BUREAU

Reçu _____ Montant _____ Approuvé _____ Cat _____

