

**Demande d'inscription au sous-registre d'exercice spécialisé  
et  
d'autorisation à utiliser le titre de spécialiste**

**Nom :** \_\_\_\_\_ **Immatriculation CPTNB :** \_\_\_\_\_  
*En lettres moulées SEULEMENT*

Je demande l'inscription au sous-registre d'exercice spécialisé et la désignation ou certification de spécialiste suivante :

**Conseil canadien de certification de physiothérapie**

- Cardiorespiratoire
- Musculo-squelettique
- Neurosciences
- Oncologie
- Pédiatrie
- Science de la douleur
- Santé des aînés
- Physiothérapie sportive
- Santé des femmes

**Spécialités approuvées de l'American Board of Physical Therapy Specialties**

- Cardiorespiratoire
- Électrophysiologie clinique
- Gériatrie
- Neurologie
- Orthopédie
- Pédiatrie
- Physiothérapie sportive
- Santé des femmes

**Date d'attribution de la certification :** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Date d'expiration de la certification :** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Déclarations :**

- Je déclare être titulaire de la certification de spécialiste indiquée dans ce formulaire.
- Je comprends que je dois aviser immédiatement le CPTNB si ma certification prend fin.
- Je comprends que je peux utiliser le titre de spécialiste seulement si le CPTNB m'y autorise.
- J'atteste et déclare que les renseignements donnés dans cette demande sont véridiques.
- Je joins à la présente une copie de la certification de spécialité.

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

**Vous devez attendre d'avoir reçu confirmation de la registraire avant d'utiliser le titre de spécialiste**

**Envoyer la demande par courriel à [info@cptnb.ca](mailto:info@cptnb.ca)**

POUR USAGE DE BUREAU

Demande reçu: \_\_\_\_\_

Date d'approbation: \_\_\_\_\_ C \_\_\_\_\_