

## Liste de contrôle pour l'inscription Candidats à une inscription temporaire

(pour les visiteurs et les instructeurs dans une autre province ou territoire- 30 jours maximum)

Envoyez vos questions à [info@cptnb.ca](mailto: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 and daté
- Envoyé par courriel au Collège à [info@cptnb.ca](mailto:info@cptnb.ca)

2. **Envoyez le paiement des droits :**

- Paiement des droits

Options de paiement :

- 1) chèque/mandat par courrier
- 2) virement interac à [info@cptnb.ca](mailto:info@cptnb.ca)

Le paiement est effectué par: (nom/organisation/promoteur, etc.) Si c'est le cas :

Par (Nom) : \_\_\_\_\_

De (Courriel) : \_\_\_\_\_

3. **Assurance responsabilité professionnelle :**

(peut être facultative – selon l'événement) Contacter CPTNB

- Copie du certificat d'assurance ou
- Autre preuve d'assurance

4. **Description/raison de l'inscription temporaire :**

Le candidat ou les organisateur du cours ou de l'événement doivent veiller à ce que le CPTNB reçoive, avant ou avec la demande, les renseignements relatifs au cours, à l'événement ou à la raison de la visite, entre autres : dates précises, nom du cours ou de l'événement, lieu, participants ou groupe cible et participation éventuelle de patients.

- Formulaire supplémentaire** joint ou
- Lettre jointe

5. **Lettre de bonne conduite professionnelle – Vérifications (si autre que le N.-B.)**

- De tous les organismes de réglementation actuels et passés
- En l'absence d'un organisme de réglementation, autre preuve des employeurs

**IMPORTANT!** Ces lettres doivent être envoyées par les organismes de réglementation directement au CPTNB.

- Nous les acceptons par courrier, fax ou courriel
- Les vérifications de status sur un site web ne sont pas acceptables
- Plusieurs organismes de réglementation exigent un préavis pour envoyer ces lettres et certains exigent des frais afin alors, faites votre demande aussitôt que possible.

Candidats à une inscription temporaire/télépratique  
pour les visiteurs et les instructeurs  
(30 jours maximum)

**DACTYLOGRAPHER ou ÉCRIRE EN CARACTÈRES D'IMPRESSION SEULEMENT**

**I Information personnelle**

Nom: \_\_\_\_\_  
*Nom de Famille* *Prénom* *Initial*

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

Ville/Municipalité: \_\_\_\_\_ Province/État: \_\_\_\_\_

Pays: \_\_\_\_\_ Code Postal/Zip: \_\_\_\_\_

Téléphone: ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Cellulaire: ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Courriel personnel: \_\_\_\_\_

Courriel au travail: \_\_\_\_\_

Date de naissance: \_\_\_\_\_ Votre genre? \_\_\_\_\_  
*date/mois/année*

Je **préfère** recevoir ma correspondance en français  ou anglais  et par courriel Oui  Non

**II Information professionnelle/enregistrement**

1. Nombre d'années de pratique en physiothérapie au total \_\_\_\_\_

2. Nombre d'heures de pratique accumulées en physiothérapie dans les cinq dernières années? \_\_\_\_\_

3. Êtes-vous enregistré comme physiothérapeute présentement? (Précisez toutes les organismes de réglementation dont vous êtes actuellement membre)

\_\_\_\_\_

4. Où avez-vous été enregistré dans les cinq dernières années? (Précisez toutes les organismes de réglementation dont vous avez été membre dans le passé)

\_\_\_\_\_

**CPTNB exige une preuve d'expérience professionnelle de TOUTES les organismes de réglementation énumérées ci-dessus # 3 & 4. Pour plus de détails, se référer à la liste de contrôle**

### III INFORMATION PRATIQUE TEMPORAIRE AU NOUVEAU-BRUNSWICK

1. Avez-vous été enregistré comme pht au Nouveau-Brunswick dans le passé? Oui  Non

Si oui, quelle année? \_\_\_\_\_ (si vous n'êtes pas certain, estimer le plus près possible)

Si vous le savez, quel était le # d'enregistrement NBPT assigner à vous? \_\_\_\_\_

2. Quel est le but de votre demande au CPTNB? (Veuillez cocher TOUTES les cases qui s'appliquent)

Apprentissage/enseignement: (précisez le nom du cours ainsi que les dates de début et de fin)

\_\_\_\_\_ Dates: \_\_\_\_\_

Pratique clinique: (précisez le groupe de patients/traitement ainsi que les dates de début et de fin)

\_\_\_\_\_ Dates: \_\_\_\_\_

Autres (p. ex. événement sportif/recherche ainsi que les dates de début et de fin)

\_\_\_\_\_ Dates: \_\_\_\_\_

**Vous devez présenter une preuve de l'assurance responsabilité professionnelle pertinente/adéquate avec votre application**

### IV DÉCLARATION

Je (en caractères d'imprimerie) \_\_\_\_\_ soussigné(e),

- i.) m'engage à respecter les dispositions de la *Loi sur la physiothérapie*, ainsi que les règles et règlements qui s'y rapportent;
- ii.) comprends que je suis responsable du respect de l'ensemble des exigences de la *Loi sur la physiothérapie*, ainsi que les règles et règlements qui s'y rapportent;
- iii.) certifie que je suis totalement apte à exercer le métier de physiothérapeute;
- iv.) garantis qu'aucune procédure disciplinaire n'est en cours contre moi et que mon droit d'exercice ne fait l'objet d'aucune restriction dans les provinces ou territoires dans lequel(les) j'ai été autorisé(e) à exercer par le passé
- v.) déclare avoir souscrit une assurance responsabilité professionnelle (ARP) que je m'engage à conserver tant que j'exercerai la physiothérapie (N.B. : une ARP individuelle est exigée à moins d'avis contraire du registraire du CPTNB).
- vi.) atteste que les renseignements fournis dans la présente demande sont, à ma connaissance, exacts et complets.

Signature \_\_\_\_\_

Nom de fille (en caractères d'impression) \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Pour l'usage du bureau Date reçue: \_\_\_\_\_ Date d'approbation: \_\_\_\_\_

Complétez et joignez avec chaque formulaire d'inscription

**FORMULAIRE SUPPLÉMENTAIRE**

**INSCRIPTION pour DE LA PHYSIOTHÉRAPIE AU NOUVEAU-BRUNSWICK  
pour la PRATIQUE TEMPORAIRE au Nouveau-Brunswick**

TITRE (événement ou cours)

---

---

DATE(s)

---

---

LIEU(x) (endroit ou établissement et ville)

---

---

NOM DE LA PERSONNE-RESSOURCE OU DE L'ORGANISATEUR LOCAL S'IL Y A  
LIEU, SINON COCHER ICI [  ]

---

Courriel de l'organisateur : \_\_\_\_\_ Fax : \_\_\_\_\_

**VOTRE NOM : (en lettres moulées)** \_\_\_\_\_

**SIGNATURE :** \_\_\_\_\_

**DATE :** \_\_\_\_\_