**FORM-01 STATUT DE CANDIDAT FORMULAIRE DE DEMANDE**

**SECTION 1**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Nom de l’établissement d’enseignement: | Cliquez ici pour entrer le texte. |
|  | Adresse: | Cliquez ici pour entrer le texte. |
|  | Nom du programme d’enseignement à l’AE et à l’AP: | Cliquez ici pour entrer le texte. |
|  | Nom du certificat/diplôme décerné à la fin du programme: | Cliquez ici pour entrer le texte. |
|  | Durée du programme (mois): | Cliquez ici pour entrer le texte. |

**SECTION 2**

|  |
| --- |
| Si le programme d’enseignement n’a pas encore admis sa première cohorte d’étudiants, passez à la **SECTION 3.** |
|  | Coordonnateur du programme: |  |
| Nom: | Cliquez ici pour entrer le texte. |
| Titre: | Cliquez ici pour entrer le texte. |
| Discipline (ergothérapeute ou physiothérapeute): | Cliquez ici pour entrer le texte. |
| Numéro d’inscription du collège: | Cliquez ici pour entrer le texte. |
| Coordonnées: | Cliquez ici pour entrer le texte. |
|  | Administrateur dont relève le coordonnateur du programme: |  |
| Nom: | Cliquez ici pour entrer le texte. |
| Titre: | Cliquez ici pour entrer le texte. |
| Coordonnées: | Cliquez ici pour entrer le texte. |
|  | Corps professoral :Indiquez les noms, la discipline et les ETP de tous les professeurs et chargés de cours. | Nom | Discipline | ETP |
| Cliquez ici pour entrer le texte. |  |  |
| Cliquez ici pour entrer le texte. |  |  |
| Cliquez ici pour entrer le texte. |  |  |
| Cliquez ici pour entrer le texte. |  |  |
| Cliquez ici pour entrer le texte. |  |  |
| Cliquez ici pour entrer le texte. |  |  |
| Cliquez ici pour entrer le texte. |  |  |
| Cliquez ici pour entrer le texte. |  |  |
| Cliquez ici pour entrer le texte. |  |  |
| Cliquez ici pour entrer le texte. |  |  |
|  | Nombre total d’étudiants : |  |
| Année 1 | Cliquez ici pour entrer le texte. |
| Année 2 (le cas échéant) | Cliquez ici pour entrer le texte. |

**SECTION 3**

|  |
| --- |
| Remplir seulement si le programme d’enseignement n’a pas encore admis sa première cohorte d’étudiants. |
|  | Coordonnateur du programme: |  |
| Nom: | Cliquez ici pour entrer le texte. |
| Titre: | Cliquez ici pour entrer le texte. |
| Discipline (ergothérapeute ou physiothérapeute): | Cliquez ici pour entrer le texte. |
| Numéro d’inscription du collège: | Cliquez ici pour entrer le texte. |
| Coordonnées: | Cliquez ici pour entrer le texte. |
|  | Administrateur dont relève le coordonnateur du programme: |  |
| Nom: | Cliquez ici pour entrer le texte. |
| Titre: | Cliquez ici pour entrer le texte. |
| Coordonnées: | Cliquez ici pour entrer le texte. |
|  | Corps professoral :Indiquez les noms, la discipline et les ETP de tous les professeurs et chargés de cours confirmés. | Nom | Discipline | ETP |
| Cliquez ici pour entrer le texte. |  |  |
| Cliquez ici pour entrer le texte. |  |  |
| Cliquez ici pour entrer le texte. |  |  |
| Cliquez ici pour entrer le texte. |  |  |
| Cliquez ici pour entrer le texte. |  |  |
| Cliquez ici pour entrer le texte. |  |  |
| Cliquez ici pour entrer le texte. |  |  |
| Cliquez ici pour entrer le texte. |  |  |
| Cliquez ici pour entrer le texte. |  |  |
| Cliquez ici pour entrer le texte. |  |  |
| 13. | Corps professoral :Indiquez les noms, la discipline et les ETP de tous les professeurs et chargés de cours prévus | Nom | Discipline | ETP |
| Cliquez ici pour entrer le texte. |  |  |
| Cliquez ici pour entrer le texte. |  |  |
| Cliquez ici pour entrer le texte. |  |  |
| Cliquez ici pour entrer le texte. |  |  |
| Cliquez ici pour entrer le texte. |  |  |
| Cliquez ici pour entrer le texte. |  |  |
| Cliquez ici pour entrer le texte. |  |  |
| Cliquez ici pour entrer le texte. |  |  |
| Cliquez ici pour entrer le texte. |  |  |
| 14. | Nombre prévu d’étudiants qui seront admis dans la première cohorte : | Cliquez ici pour entrer le texte. |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Droits à payer : | **☐** | envoyés avec la demande | OU | **☐** | veuillez facturer le programme |
| Date: | Cliquez ici pour entrer le texte. |

Les droits, payables à AEPC, doivent être envoyés à :

Amanda Walton

Directrice de programme

Agrément de l’enseignement de la physiothérapie au Canada

509 rue Commissioners Ouest, bureau 26

London ON N6J 1Y5

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| La présente confirme que: | *Nom de l’établissement d’enseignement* | appuie la participation du  |
| *Nom du programme d’enseignement à l’AE et à l’AP* | au Programme d’agrément de  |
| l’enseignement à l’assistant de l’ergothérapeute et à l’assistant du physiothérapeute de |
| l’Association canadienne des ergothérapeutes et de l’Agrément de l’enseignement de la  |
| physiothérapie au Canada. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Cliquez ici pour entrer le texte. |  | Cliquez ici pour entrer le texte. |
| *Nom de l’administrateur* |  | *Titre de l’administrateur* |
|  |  |  |
|  |  | Cliquez ici pour entrer le texte. |
| *Signature* |  | *Date* |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Cliquez ici pour entrer le texte. |  | Cliquez ici pour entrer le texte. |
| *Nom du coordonnateur du programme d’enseignement* |  | *Titre du coordonnateur du programme d’enseignement* |
|  |  |  |
|  |  | Cliquez ici pour entrer le texte. |
| *Signature* |  | *Date* |

|  |
| --- |
| **Formulaire no FORM-01** |
| Dernière révision | Documents connexes |
| *Mai 2011**Janv. 2012**Avril 2012**Novembre 2012**Juin 2013* | GUIDE-01 : Statut de candidat |
| FORM-02 : Statut de candidat, Rapport préliminaire |
| GUIDE-03 : Barème des droits |