

# Attestation d'inscription



COLLEGE OF NURSES  
OF ONTARIO  
ORDRE DES INFIRMIÈRES  
ET INFIRMIERS DE L'ONTARIO

Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario  
101, chemin Davenport, Toronto (Ontario) M5R 3P1  
[www.cno.org](http://www.cno.org)

Téléphone : 416 928-0900  
Sans frais au Canada : 1 800 387-5526  
Télécopieur : 416 928-6507

L'EXCELLENCE EN SOINS

## Comment remplir ce formulaire

Étape 1 : La candidate ou le candidat devrait remplir la section 1.

Étape 2 : Le conseil d'inscription des infirmières et infirmiers devrait remplir la section 2.

Étape 3 : Le conseil d'inscription des infirmières ou infirmiers devrait retourner le formulaire dûment rempli à l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario (OIIO) en utilisant l'adresse postale en haut de ce formulaire. Voir les instructions à la section 2 de ce formulaire.

**Important** L'OIIO n'acceptera pas ce document s'il est envoyé par la candidate ou le candidat; il doit être envoyé par l'organisme de réglementation de la profession d'infirmière ou d'infirmier.

**Collecte de renseignements personnels** Veuillez consulter la politique de confidentialité sur le site Web de l'OIIO ([www.cno.org/confidentialite](http://www.cno.org/confidentialite)) pour comprendre comment vos renseignements personnels seront utilisés.

## SECTION 1

### À remplir par la candidate ou le candidat

Nom de famille \_\_\_\_\_

Prénom \_\_\_\_\_

Adresse postale de la candidate ou du candidat \_\_\_\_\_

App./n° d'unité \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_

Province/État \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_ Pays \_\_\_\_\_

Date de naissance (JJ/MMM/AAAA) \_\_\_\_\_

Genre :  Femme  Homme

Numéro de la demande \_\_\_\_\_

Nom(s) précédent(s) \_\_\_\_\_

Je, \_\_\_\_\_ ai obtenu mon diplôme de \_\_\_\_\_  
Votre nom en caractères d'imprimerie Nom de l'École des sciences infirmières

Située à \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ à la date suivante \_\_\_\_\_  
Ville Pays JJ/MMM/AAAA

J'autorise \_\_\_\_\_ à fournir les renseignements demandés à la section 2  
Nom du conseil d'inscription des infirmières et infirmiers

et tous les renseignements en sa possession à l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario concernant mon inscription ou mon permis d'exercice. Cela constitue votre autorité légale de fournir tous les renseignements que l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario demandera et qui peuvent, de quelque façon que ce soit, être pertinents à ma demande.

Signature de la candidate ou du candidat : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_  
JJ/MMM/AAAA

**Section 2 – Conseil d'inscription des infirmières et infirmiers** : Veuillez remplir la section 2 de ce formulaire et l'envoyer directement à l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario dans une enveloppe portant le papier à en-tête, le sceau ou le timbre du conseil d'inscription des infirmières et infirmiers.

## SECTION 2

### À remplir par le conseil d'inscription des infirmières et infirmiers

Attention à la candidate ou au candidat : Ne remplissez pas la section 2

Nom de l'école des sciences infirmières \_\_\_\_\_

Emplacement de l'école des sciences infirmières \_\_\_\_\_

Nom de la personne inscrite \_\_\_\_\_

Date d'admission : ( JJ / MMM / AAAA )

Date d'achèvement : ( JJ / MMM / AAAA )

# Attestation d'inscription

## SECTION 2 suite



COLLEGE OF NURSES  
OF ONTARIO  
ORDRE DES INFIRMIÈRES  
ET INFIRMIERS DE L'ONTARIO

L'EXCELLENCE EN SOINS

- Type de programme terminé :  
 Infirmière ou infirmier autorisé  
 Infirmière ou infirmier auxiliaire autorisé  
 Autre (veuillez préciser) : \_\_\_\_\_
- Le programme de soins infirmiers a-t-il été reconnu ou approuvé dans l'administration dans laquelle le programme a été terminé comme qualifiant la candidate ou le candidat d'exercer dans cette administration en tant que :  
Infirmière ou infirmier autorisé  Oui  Non  
Infirmière ou infirmier auxiliaire autorisé  Oui  Non
- Le programme a été officiellement reconnu ou approuvé par : \_\_\_\_\_  
Nom de l'organisme de gouvernance de la profession d'infirmière et d'infirmier  
  
\_\_\_\_\_  
Autorité de délivrance de permis/de reconnaissance/ gouvernementale ou organisme d'accréditation
- L'inscription a été obtenue par :  
 Examen  
 Appui  
 Autre (veuillez préciser) : \_\_\_\_\_
- Si l'inscription a été obtenue par un examen, veuillez indiquer ce qui suit :  
 CRNE  CPNRE  
 NCLEX  
 Autre (veuillez préciser) : \_\_\_\_\_
- Nombre de fois que l'examen d'inscription a été passé : \_\_\_\_\_  
Date de réussite de l'examen : ( JJ / MMM / AAAA )
- Catégorie d'inscription :  
 Infirmière ou infirmier autorisé  
 Infirmière ou infirmier auxiliaire autorisé  
 Autre (veuillez préciser) : \_\_\_\_\_
- Date d'inscription originale : ( JJ / MMM / AAAA )  
Date d'expiration : ( JJ / MMM / AAAA )
- Numéro d'inscription/de permis délivré : \_\_\_\_\_
- Statut d'inscription/de permis :  
 Actif/En vigueur  
 Expiré  
 Autre (veuillez préciser) : \_\_\_\_\_
- La personne inscrite s'est-elle déjà vu refuser l'inscription ou le permis d'exercice en tant qu'infirmière ou infirmier dans votre administration ou dans toute autre administration?  
 Oui  Non Si oui, veuillez joindre une explication.
- L'inscription ou le permis de la personne inscrite a-t-il déjà été révoqué, suspendu, abandonné, restreint ou soumis à des conditions générales individuelles?  
 Oui  Non Si oui, veuillez joindre une explication.

- La personne inscrite a-t-elle fait l'objet d'une conclusion de faute professionnelle, d'incompétence, d'incapacité, de négligence professionnelle, de faute médicale ou de toute conclusion semblable relativement à l'exercice de la profession d'infirmière ou d'infirmier ou d'une autre profession?  
 Oui  Non Si oui, veuillez joindre une explication.

- La personne inscrite fait-elle actuellement l'objet d'une enquête ou d'une procédure pour faute professionnelle, incompétence ou incapacité ou de toute enquête ou procédure similaire relative à l'exercice de la profession d'infirmière ou d'infirmier?  
 Oui  Non Si oui, veuillez joindre une explication.

**Si vous êtes un organisme de réglementation de la profession d'infirmière ou d'infirmier au Canada et que la candidate ou le candidat détient une inscription ou un permis en vigueur dans votre province ou territoire, veuillez confirmer que cette personne est en règle en répondant aux questions suivantes :**

- La personne inscrite fait-elle l'objet d'une ordonnance disciplinaire ou d'aptitude à exercer, d'une procédure ou d'une enquête en cours ou d'une ordonnance ou d'une entente provisoire à la suite d'une plainte, d'une enquête ou d'une procédure?  
 Oui  Non Si oui, veuillez joindre une explication.

- La personne inscrite se conforme-t-elle aux exigences de compétence continue et d'assurance de la qualité de votre organisme?  
 Oui  Non Si non, veuillez joindre une explication.

Je, \_\_\_\_\_  
registraire ou secrétaire agissant au nom de

\_\_\_\_\_  
Nom du conseil d'inscription des infirmières ou infirmiers où le candidate ou le candidat ou la personne inscrite est ou a été inscrit(e)

certifie par la présente que les déclarations qui précèdent sont les véritables déclarations du dossier d'inscription pour

\_\_\_\_\_  
Nom de la personne inscrite

\_\_\_\_\_  
Nom (En caractères d'imprimerie SVP) Titre

\_\_\_\_\_  
Adresse de courriel

\_\_\_\_\_  
Signature Date (JJ/MMM/AAAA)

Par la poste à l'adresse suivante : l'Ontario 101, chemin Davenport,  
Toronto (Ontario) M5R 3P1  
Canada

**Placez le sceau ici**